



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE**

**CENTRE HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL STELL
DE RUEIL-MALMAISON(92)**

CAHIER N°1 : FORMATION INTER-JURIDICTION

«ENQUÊTE SUR LE PERSONNEL INFIRMIER A L'HÔPITAL»

Exercices 2011 et suivants

**Observations définitives
délibérées le 5 avril 2018**

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	4
RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS	5
OBSERVATIONS	6
1 INTRODUCTION.....	6
1.1 Procédure et contexte	6
1.1.1 Procédure.....	6
1.2 L'établissement dans son environnement	7
1.2.1 Présentation de l'établissement	7
1.2.2 Le territoire de santé et sa démographie sanitaire	9
1.2.3 Le groupement hospitalier de territoire	9
2 LES PERSONNELS INFIRMIERS A L'HÔPITAL STELL.....	10
2.1 La gestion des personnels infirmiers à l'hôpital.....	10
2.1.1 Une gestion des personnels infirmiers dans une organisation bicéphale.....	10
2.1.2 Des effectifs variables au gré des réorganisations et une masse salariale sous tension.....	11
2.1.3 Une appréciation des besoins de l'établissement en personnels infirmiers insuffisamment anticipée.....	13
2.1.4 Des quotas d'étudiants en soins infirmiers nettement supérieur au besoin de l'établissement	14
2.2 Une évaluation approximative de la charge de travail et des besoins infirmiers	15
2.2.1 L'évaluation de la charge de travail infirmière est à objectiver	15
2.2.2 Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) incomplète	17
2.3 La politique de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers.....	18
2.3.1 La recherche d'attractivité de l'établissement à destination des personnels infirmiers.....	18
2.3.2 La mise en place de nouvelles modalités de remplacement a limité le recours à l'intérim en 2016	18
2.3.3 Un recours aux infirmiers contractuels non retrace dans les comptes	20
2.3.4 L'IFSI demeure un partenaire privilégié de l'hôpital	20
2.4 La place des infirmiers dans les instances de concertation du personnel.....	21
2.4.1 La représentation effective des personnels infirmiers au sein de l'hôpital.....	21
2.4.2 L'ordre infirmier et la déontologie infirmière	21
3 L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL ET LES CONDITIONS D'EXERCICE DU METIER INFIRMIER	22
3.1 L'organisation du temps de travail et l'accord sur la réduction du temps de travail.....	22
3.1.1 Le cadre général de l'établissement.....	22
3.1.2 Une organisation dérogatoire au cadre général : le régime des douze heures	24
3.1.3 Des adaptations apportées dans l'organisation du travail infirmier mais sans dispositif novateur	25
3.1.4 Le développement des heures supplémentaires.....	27
3.2 Les diverses conséquences des organisations du travail mises en œuvre par l'établissement sur les personnels infirmiers.....	27
3.2.1 Un taux de rotation des personnels infirmiers à surveiller	27
3.2.2 Un absentéisme infirmier en augmentation	28
3.3 Les actions engagées au sein de l'établissement pour améliorer les conditions de travail infirmier	30

4	LA FORMATION DES PERSONNELS INFIRMIERS	31
4.1	La formation continue des infirmiers diplômés	31
4.1.1	Un plan de formation annuel conforme aux orientations nationales de formations	31
4.1.2	La gestion opérationnelle de la formation professionnelle.....	33
4.1.3	Un accès limité aux études promotionnelles	34
4.2	La formation initiale des étudiants en soins infirmiers	35
4.2.1	L’Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)rattaché au centre hospitalier	35
4.2.2	Une formation initiale hybride : entre enseignement supérieur et compagnonnage.....	37
4.2.3	Les aides financières limitées constituent un frein à l’entrée à l’IFSI.....	42
	GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS.....	44

SYNTHÈSE

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières portant sur les personnels infirmiers à l'hôpital.

Il développe donc les observations définitives de la chambre sur ce seul sujet.

Le centre hospitalier départemental Stell, à Rueil-Malmaison dans les Hauts-de-Seine, est un établissement de premier recours à orientation gériatrique sur les activités aiguës et plus polyvalent pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Il comptait près de 247 lits et places pour un budget de 26 millions d'euros en 2016. L'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Hauts-de-Seine.

Une gestion des effectifs infirmiers satisfaisante

L'établissement assure une gestion des personnels infirmiers au gré des réorganisations des services et des activités développées. La fonction ressources humaines se professionnalise autour d'une direction des ressources humaines et d'une direction des soins complémentaires. Le travail conjoint entre la DRH et la Directrice des Soins doit permettre de faire progresser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des métiers de l'hôpital. Les nombreuses démarches engagées en matière de recrutement infirmier et de fidélisation de ces agents doivent être sécurisées et poursuivies. La mise en place d'une organisation du travail en poste d'amplitude de douze heures a permis de redimensionner les effectifs infirmiers. Cette organisation dérogatoire du temps de travail a fait l'objet d'une évaluation qui devra être actualisée et accompagnée d'une évaluation sur la qualité de vie au travail.

Des conditions de travail jugées satisfaisantes mais un absentéisme élevé

Si les conditions de travail sont jugées plutôt satisfaisantes par les agents qui ont été interrogés par sondage, quelques indicateurs montrent des signes de fragilité. Ainsi en est-il notamment de l'absentéisme des infirmières plus marqué que celui des autres catégories de personnel et notamment des aides-soignantes, mais également du turn-over qui reste élevé chez les infirmières au sein du centre hospitalier. L'encadrement avance la charge qui pèse sur les professionnels, notamment depuis la mise en place de la tarification à l'activité, sans que ceux-ci ne l'évoquent spontanément.

L'universitarisation des études infirmières : l'université insuffisamment présente dans certains enseignements

L'IFSI a mis en place « l'universitarisation » du métier infirmier dans la continuité de la réforme plus globale des études médicales et surtout paramédicales. Ainsi, la formation se trouve confiée à l'Université Pierre et Marie Curie, université de rattachement

L'articulation entre l'université et l'IFSI de Stell permet une complémentarité dans le processus de formation des futurs infirmiers. Toutefois, il apparaît que la formation pratique est souvent reportée sur les infirmières en poste lors de l'accueil des étudiants infirmiers à l'occasion des différents stages hospitaliers.

Dès lors, la formation initiale infirmière est fractionnée entre université, enseignement à l'IFSI et compagnonnage, l'IFSI demeurant l'acteur central de cette formation.

RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS

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

Les recommandations qui suivent sont des rappels au droit :

- Rappel au droit n° 1 : Supprimer l'octroi d'heures supplémentaires irrégulières aux personnels infirmiers pour le temps d'habillage et de déshabillage. 24
- Rappel au droit n° 2 : Actualiser annuellement le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact). 31
-

Les autres recommandations adressées par la chambre sont les suivantes :

- Recommandation n° 1 : Procéder à une évaluation objective de la charge de travail infirmière. 17
- Recommandation n° 2 : Réaliser une cartographie des métiers sensibles et/ou en tension à l'hôpital. 17
- Recommandation n° 3 : Effectuer un suivi précis des personnels contractuels sur postes vacants et pour remplacement momentané d'un agent absent afin d'en assurer le pilotage..... 20
- Recommandation n° 4 : Mettre en place au sein du plan de formation institutionnel un volet spécifique au personnel infirmier..... 32
-

*« 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 INTRODUCTION

1.1 Procédure et contexte

1.1.1 Procédure

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier départemental Stell, inscrit au programme 2017 de la chambre donne lieu à deux rapports d'observations.

Ce premier rapport concerne la gestion du personnel infirmier au centre hospitalier Stell, dans le cadre d'une enquête interjuridictions financières sur le personnel infirmier à l'hôpital public.

Le second rapport portera sur le contrôle des comptes et la gestion.

Dans sa séance du 12 décembre 2017, la chambre régionale des comptes Île-de-France (2^{ème} section) avait arrêté ses observations provisoires qui avaient été notifiées à l'ordonnateur concerné et des extraits aux personnes concernées.

Après avoir pris en compte les réponses reçues, dans sa séance du 5 avril 2018, la chambre régionale des comptes Île-de-France a arrêté les observations définitives ci-après développées.

Ont participé au délibéré, présidé par Mme Florence Bonnafoux, présidente de section, Mmes Brigitte Ollier et Sarah Birden, premières conseillères et MM. David Tourmente et Gilles Duthil, premiers conseillers.

Ont été entendus :

- En son rapport, M. David Tourmente, premier conseiller, assisté de Mme Fanny Mangin, vérificatrice des juridictions financières ;
- En ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le procureur financier.

Mme Mélanie Menant, auxiliaire de greffe, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres

1.2 L'établissement dans son environnement

1.2.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier départemental Stell à Rueil-Malmaison est un établissement public de santé de premier recours situé dans le département des Hauts-de-Seine, en région Ile-de-France. Il est à proximité immédiate de Paris et du département des Yvelines.

Carte n° 1 : Topographie du Centre hospitalier Stell



Source : Carte de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme – Ile de France – in *Repères sur la santé en Ile-de-France* - ORSIF

Il compte, d'après le rapport d'activité 2016, un effectif de 323,57 équivalent temps plein (ETP) dont 50,93 ETP médicaux. Le programme capacitaire est arrêté à 247 lits et places dont 169 lits et places pour l'activité hospitalière et 78 lits pour l'activité médico-sociale (EHPAD¹). En raison des deux champs activités développées, l'établissement dispose de deux budgets : un budget principal (CRP² lettre H) pour un total de produits de 22 752 296 €³, deux budgets annexes (CRPA lettre E pour l'EHPAD pour un total de produits de 3 530 816 € et un CRPA C pour l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) pour un total de produits de 1 747 145,66 €, soit un volume financier global (toutes activités confondues) de 28 030 257,70 €.

¹ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

² Compte de Résultat Principal ou Annexe.

³ Soit 86,6% des masses financières de l'établissement.

Au terme de différentes restructurations, intervenues dans les dix dernières années, l'établissement a achevé sa transformation et il se place désormais dans des activités hospitalières orientées sur le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que sur celui de la médecine générale à vocation gériatrique. Le premier champ d'activité compte 121 lits installés et le second 48 lits. Ainsi, l'activité de soins de suite et de réadaptation représente près de 72 % des lits installés. Cette activité est diversifiée au sein de l'établissement qui couvre quatre domaines de cette spécialité sur les neuf existants. Il intervient en effet en soins de suite et de réadaptation gériatrique, neuro-gériatrique, cardio-vasculaire et neuro-orthopédique.

Tableau n° 1 : Répartition des capacités d'accueil par spécialité (lits et places) au 31/12/2015

SERVICES	Lits et places installés au 31/12/2015	Lits et places installés au 31/12/2015
Médecine	48	48
Médecine générale	18	18
Court séjour gériatrique (UGA)	30	30
Soins de suites et réadaptation (SSR) en hospitalisation complète	93	100
Gériatrique	38	38
Neuro-gériatrique	0	7
Cardio-vasculaire	25	25
Neuro-orthopédique	30	30
Soins de suites et réadaptation en ambulatoire	21	21
Gériatrique	7	7
Cardio-vasculaire	6	6
Neuro-orthopédique	8	8
Médico-social	78	78
EHPAD	78	78
TOTAL GENERAL	240	247

Source : Rapport d'activité 2016

L'établissement est organisé autour d'une direction générale élargie (elle comprend les finances, le contrôle de gestion, les services économiques et logistiques, les services techniques et informatiques) et de quatre directions fonctionnelles :

- Direction des ressources humaines, affaires médicales et de la clientèle ;
- Direction du service de soins infirmiers et gestion des risques ;
- Direction de l'EHPAD⁴ ;
- Direction de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Cette configuration atypique se justifie par la taille de l'établissement qui impose une équipe de direction restreinte composée outre d'un chef d'établissement, d'un cadre de direction (directeur adjoint) et de deux directeurs des soins dont l'un est chargé de la direction de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

⁴ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le directeur a mis en place, en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique (CSP), une organisation des activités en deux pôles, dont un seul pôle clinique, dénommé « activités cliniques et médico-techniques ».

1.2.2 Le territoire de santé et sa démographie sanitaire

Le territoire de santé des Hauts-de-Seine, avec 1 561 745 habitants pour 175,6 km², présente une densité de population supérieure à la moyenne nationale. La population de ce département de la petite couronne de l'Ouest-parisien a progressé de 9,3 % entre 1999 et 2009 contre 6,9 % au plan national. Le pourcentage de personnes de moins de 20 ans est supérieur à la moyenne nationale (25,1 % contre 24,8 %), tandis que le pourcentage de personnes âgées de 75 ans ou plus est inférieur à la moyenne nationale (7,3 % contre 8,7 %).

Profil sociodémographique des Hauts-de-Seine

	INDICATEUR	EFFECTIF DU TERRITOIRE	VALEUR DU TAUX DU TERRITOIRE	RANG	VALEUR FRANCE ENTIERE	VALEUR DE TERRITOIRE MINIMUM FRANCE ENTIERE	GRAPHIQUE	VALEUR DE TERRITOIRE MAXIMUM FRANCE ENTIERE
CONTEXTE	1 Moins de 20 ans	392 384	25,1	37/106	24,8	19,5		44,5
	2 75 ans et plus	113 360	7,3	90/106	8,7	1,6		13,4
	3 Foyers fiscaux non imposés	280 532	31,4	105/106	46,5	30,5		76,4
	4 Rapport ouvriers / cadres	68 478	24,7	105/106	137,6	15,8		520,2
	5 Jeunes non diplômés	15 443	6,9	97/106	10,1	4,7		45,3
	6 Familles monoparentales	58 650	24,8	17/106	22,2	13,3		49,8
	7 Mères de moins de 18 ans	43	1,7	106/106	6,3	1,7		69,6

Source : In « Les profils de santé des territoires de santé » – ORS Ile de France – Juillet 2013⁵

Sur le plan des indicateurs de santé, le taux de mortalité générale dans les Hauts-de-Seine (689,3 pour 100 000 habitants) est inférieur à la moyenne nationale (827,0 pour 100 000 habitants). La mortalité prématurée (décès intervenant avant 65 ans) représente 21,4 % des décès, 28,0 % pour les hommes et 15,3 % pour les femmes. Les taux de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire, de mortalité par maladies cardio-vasculaires et de mortalité par cancers sont inférieurs à la moyenne nationale. Les taux de mortalité par cancer du sein et de mortalité infantile sont, quant à eux, proches de la moyenne nationale. Les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et les maladies mentales représentent 77,4 % des affections de longue durée dans les Hauts-de-Seine sur la période 2008-2010.

Ce territoire propose une offre de soins hospitalière dense avec une forte concurrence autour de 73 établissements de santé de statuts divers dont 14 établissements publics de santé⁶, 25 établissements de santé privé d'intérêt collectif, 33 établissements de santé privé à but lucratif et un hôpital d'instruction des armées⁷.

1.2.3 Le groupement hospitalier de territoire

L'établissement a, conformément à la loi du 26 janvier 2016⁸, adhéré à un groupement hospitalier de territoire (GHT) « Hauts-de-Seine centre » avec le centre hospitalier des Quatre Villes (établissement support) à Saint Cloud, le centre hospitalier Rives de Seine (Courbevoie-Neuilly-Puteaux), le centre de gérontologie Les Abondances à Boulogne-Billancourt ainsi que la fondation Roguet à Clichy. Ces cinq établissements représentent 2 130 lits et places (dont

⁵ <http://www.scoresante.org>.

⁶ 6 d'entre eux relèvent de l'AP-HP.

⁷ Hôpital Percy à Clamart.

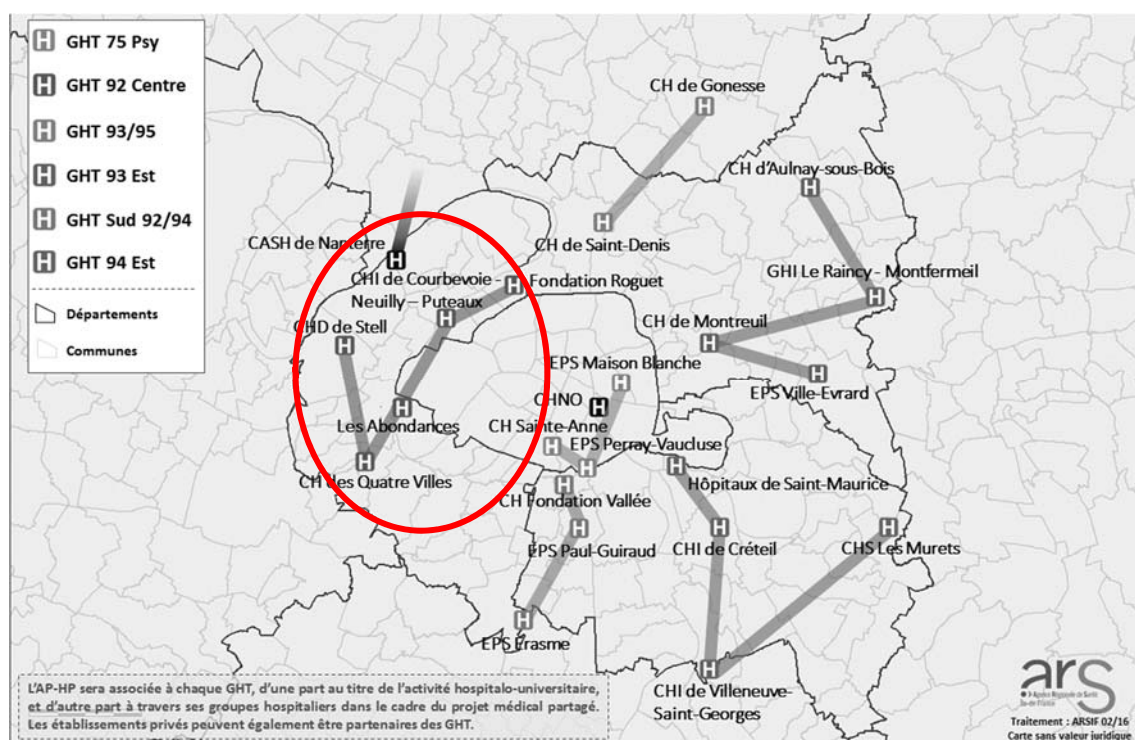
⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

535 en médecine chirurgie obstétrique). Ils couvrent un vaste bassin de population de part et d'autre de la Seine, de Clichy à Ville d'Avray.

La mise en œuvre du GHT va avoir des conséquences sur l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier Stell. Outre la mise en œuvre d'une offre de soins graduée sur le territoire, l'objectif des groupements hospitaliers de territoire est en effet de mutualiser certaines fonctions dont la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale ainsi que les plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels.

À ce jour, l'IFSI du CH Stell est exclusivement orienté vers la formation initiale et les activités afférentes (préparation au concours infirmier, tutorat, infirmiers de proximité).

Carte n° 2 : Les groupements hospitaliers de territoire de Paris et de la petite couronne



Source : Agence régionale de santé d'Île de France

2 LES PERSONNELS INFIRMIERS A L'HÔPITAL STELL

2.1 La gestion des personnels infirmiers à l'hôpital

2.1.1 Une gestion des personnels infirmiers dans une organisation bicéphale

L'établissement a organisé la gestion des personnels médicaux et paramédicaux au sein d'une direction fonctionnelle dédiée, à savoir la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Cette direction est placée sous la responsabilité d'une directrice adjointe diplômée de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Parallèlement, une direction des soins dirigée par une coordonnatrice générale des soins – directrice des soins (CGS-DS) – a été constituée. La directrice des soins est en outre présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques. A ce titre, elle est membre de droit du directoire conformément à l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.

Les fonctions de la directrice des ressources humaines (DRH) et de la directrice des soins CGS-DS sont présentées dans deux fiches de poste distinctes. Mais à la lecture de ces fiches, il est difficile de comprendre quels sont les périmètres respectifs dévolus à la DRH et à la directrice des soins. En effet, les fiches de postes reprennent les rubriques du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière sans préciser leur place réciproque. Ces fiches précisent toutefois que la directrice des soins dispose d'une mission supplémentaire relative à la gestion des risques et à la qualité des soins. De son côté, la DRH a un périmètre élargi à la patientèle, l'information médicale, l'EHPAD et les archives.

Les entretiens conduits auprès de ces deux cadres de direction ont permis de clarifier les rôles respectifs. La directrice des soins est, au regard des missions qui lui sont dévolues par décret ; « associé(e) au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications »⁹. La DRH supervise, l'ensemble du processus en matière de ressources humaines.

La répartition des domaines de compétences est effective au sein de l'établissement. Cette organisation est classique au sein des établissements de santé disposant d'une direction des soins.

2.1.2 Des effectifs variables au gré des réorganisations et une masse salariale sous tension

Selon les données communiquées par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et l'ANFH¹⁰, la région parisienne comprend 152 995 agents appartenant à la fonction publique hospitalière. Les infirmiers en soins généraux représentent 23,5 % de ces effectifs soit une population de près de 36 000 infirmiers. À l'échelle du GHT auquel appartient le centre hospitalier Stell, les infirmiers représentent 18,4 % des personnels hospitaliers soit un effectif de 556 professionnels (dont 15,7 % d'infirmiers en soins généraux¹¹).

Les effectifs infirmiers du centre hospitalier Stell ont connu des évolutions liées aux opérations de restructuration, intervenues dans les dernières années. Ces variations d'effectifs sont reportées dans le tableau ci-dessous, les effectifs infirmiers oscillant dans l'établissement entre 18,81 %¹² et 26,85 %¹³ des effectifs non-médicaux. Ils se sont stabilisés à 21,41 % pour l'année 2016.

⁹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁰ Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

¹¹ Hors infirmières spécialisées en puériculture, anesthésie et bloc opératoire.

¹² Pour l'année 2013.

¹³ Pour l'année 2011.

Tableau n° 2 : Évolution des effectifs infirmiers¹⁴ au CH Stell

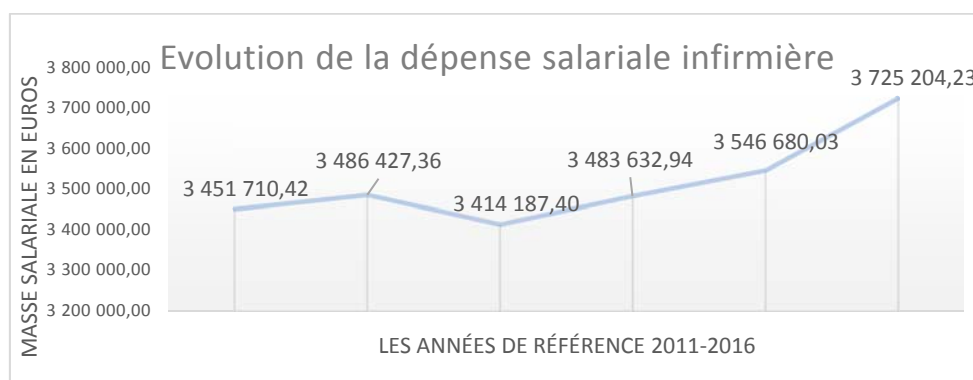
Effectifs par catégorie d'infirmiers :	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	56,35	52,73	48,27	53,55	54,03	61,31
IDE exerçant une activité en EHPAD	3,5	3,5	3,5	3,0	4,0	4,0

Source : CH Stell

Ces variations d'effectifs (ETPR), qui influent sur la masse salariale, sont liées aux modifications des activités de soins développées par l'établissement à la suite des décisions de réorganisation prises par l'ARS la fermeture du service des urgences en 2012-2013 (suppression de 8,08 ETP IDE¹⁵), compensée partiellement en 2014 par l'ouverture du service d'unité de gériatrie aiguë (création de 5,28 ETP IDE) puis par la création du pool de suppléance IDE (deux postes d'IDE) et l'extension de sept lits dans le service de soins de suites neuro-gériatrique au sein du service de soins de suites gériatrique en 2016 (un poste IDE), enfin, un poste d'IDE a été créé à la direction des soins pour aménagement de poste.

Ces restructurations ne relèvent pas d'un plan de retour à l'équilibre (PRE).

Graphique n° 1 : Évolution de la masse salariale infirmière



Source : chambre régionale des comptes Ile de France

La masse salariale de l'établissement a connu une croissance jusqu'en 2012 pour diminuer ensuite du fait de la fermeture du service des urgences. Depuis, la masse salariale ne fait que progresser régulièrement jusqu'en 2016.

Les restructurations ont aussi impacté les cadres de santé. Elles ont conduit à la suppression du poste de cadre de santé affecté au service des urgences. En 2012, au sein du service de soins de suites gériatrique, un poste de cadre de santé a également été supprimé. Le second a été transformé en poste de cadre supérieur de santé. Puis en 2015, un poste de cadre de santé service de soins de suites neuro-orthopédique a été transformé en un poste de cadre supérieur orientation kinésithérapie Plateau technique de rééducation.

Par ailleurs, les différentes réformes statutaires ont également eu des effets sur la masse salariale. Cela a été notamment le cas de la réforme du LMD¹⁶ qui visait à modifier le contenu de l'ancien diplôme d'état d'infirmier pour être en accord avec les exigences et les contraintes universitaires tout en garantissant la professionnalisation des étudiants. Ce nouveau dispositif devait également contribuer à rendre plus attractif le métier d'infirmier et permettre une meilleure fidélisation des professionnels. Cette réforme s'est accompagnée d'une réforme

¹⁴ Hors cadres de santé.

¹⁵ IDE : Infirmier Diplômé d'État.

¹⁶ Licence Master Doctorat.

statutaire et indiciaire des personnels infirmiers qui sont devenus, pour ceux et celles qui renaient cette option d'entrée, des fonctionnaires en catégorie A de la fonction publique hospitalière.

L'établissement a indiqué que le coût moyen de la réforme LMD qui a pesé sur l'année 2012 pour chaque budget (budget principal, budget EHPAD, budget IFSI) a été évalué à 30 949 € décomposé comme suit¹⁷ ; pour le budget principal 22 244 €, pour le budget EHPAD 3 847 € et pour le budget IFSI 4 858 €.

Une autre réforme produit également des effets financiers, celle relative aux parcours professionnels, les carrières et les rémunérations dénommée « PPCR », visant à un rééquilibrage progressif entre le traitement et les primes. Celle-ci se traduit par une augmentation de la rémunération (indiciaire) compensée par une diminution des primes. L'établissement a, conformément à la réglementation en vigueur¹⁸, appliqué le protocole PPCR aux seuls titulaires. Dès lors, pour les infirmiers diplômés d'Etat, titulaires sur la période 2016 à 2019, cette réforme devrait représenter un coût de 88 917,72 € avec respectivement 14 093,99 € au titre de l'année 2016, puis de 32 681,16 € pour 2017 et enfin 42 142,57 € en 2018.

Tableau n° 3 : Coût de l'impact du transfert primes/points sur les années 2016-2018

IMPACT TRANSFERT PRIMES POINTS									
Données générales				2016		2017		2018	
INFIRMIERS		EFFECTIFS (ETP)	Valeur Annuelle du point	Surcoût par ETP	Surcoût annuel	Surcoût par ETP	Surcoût annuel	Surcoût par ETP	Surcoût annuel
	reclassées en catégorie A	55,3	55,56	195,69	10 821,66	436,47	24 136,79	619,9	34 280,47
	Maintenues en catégorie B	12,3		266,04	3 272,29	694,68	8 544,56	639,18	7 861,91
					14 093,95		32 681,36		42 142,38

Source : CRC/CH Stell

2.1.3 Une appréciation des besoins de l'établissement en personnels infirmiers insuffisamment anticipée

L'appréciation quantitative et qualitative des besoins infirmiers demeure relativement subjective dans la mesure où aucune évaluation formelle de la charge de travail infirmière n'est assurée pour y adapter les moyens humains. Ce suivi, au dire de l'ordonnateur et de ses collaborateurs, s'effectue davantage sous l'angle financier en s'appuyant sur le tableau permanent des emplois rémunérés (TPER).

¹⁷ Soit respectivement 0,15 % des dépenses de personnel pour le budget principal, 0,20 % pour l'EHPAD et 0.48 % du budget de l'IFSI.

¹⁸ Accord relatif à l'avenir de la fonction publique : La modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations.

Les besoins infirmiers, selon la directrice de l'IFSI sont largement suffisants au regard des possibilités d'embauches du centre hospitalier Stell comme du niveau régional. Selon la directrice, l'universitarisation pourrait produire des effets négatifs sur les recrutements avec une entrée unique (contre deux sorties de diplômées actuellement) en rupture avec les besoins « au fil de l'eau » des établissements.

Toutefois, l'exploitation des bilans sociaux transmis par l'établissement fait apparaître que la population des infirmiers est relativement jeune au sein du centre hospitalier Stell. L'âge moyen pour l'année 2016 était de 36,69 ans, il était de 38,23 ans en 2015 et de 38,14 ans en 2014. Les recrutements réalisés ont permis de réduire l'âge moyen du personnel infirmier.

Dès lors, au regard de l'âge moyen des personnels infirmiers, une politique de recrutement et de fidélisation est indispensable pour éviter les départs. Ce faisceau d'éléments indique que cette catégorie professionnelle peut être qualifiée de métier « en tension » pour cet établissement.

L'existence d'un institut de formation en soins infirmiers dans l'établissement pourrait être de nature à faciliter les recrutements dans la mesure où les anciens étudiants, par leurs stages cliniques, connaissent les services et l'organisation interne des parcours de soins.

Pour autant, il apparaît dans les faits que l'institut forme peu de personnels infirmiers pour les besoins de son hôpital de rattachement.

Si initialement, l'établissement ne recensait pas les IFSI d'origine des infirmiers diplômés d'État qu'il recrutait, il a analysé, à la demande de la chambre, chaque recrutement infirmier effectué en 2016 pour identifier l'institut de formation d'origine.

Sur les dix recrutements infirmiers réalisés au cours de l'année 2016, seule une infirmière a été formée au sein de l'IFSI de l'établissement, les neuf autres provenant de neuf instituts de formation en soins infirmiers différents. De plus, 70 % des recrutés l'ont été sur la base d'un contrat de travail à durée déterminée de droit public et 30 % ont bénéficié d'une mise en stage statutaire dont l'infirmière formée à l'IFSI de Stell. Dès lors, et bien qu'il convienne de relativiser ces données relevées sur une seule année, la chambre note que le fruit des actions engagées par l'établissement en matière de recrutement (attractivité et fidélisation) reste assez faible.

Le faible nombre d'étudiants formés à l'IFSI de l'hôpital et faisant le choix d'un début de carrière dans l'établissement de rattachement résulte en partie des spécialités développées par le centre hospitalier qui ont trait à la gériatrie, domaine assez peu recherché par les jeunes diplômés à l'inverse des services d'urgences ou de réanimation. Le choix du secteur EHPAD ou gériatrique est rare et, lorsqu'il l'est, ce sont souvent des étudiants en soins infirmiers (ESI) expérimentés (ayant préalablement un parcours d'aides-soignants) qui le font.

2.1.4 Des quotas d'étudiants en soins infirmiers nettement supérieur au besoin de l'établissement

Le département des Hauts-de-Seine est bien doté en matière d'équipements de formations médicales et paramédicales. En effet, sur le plan des formations médicales, il offre 146 maîtres de stage universitaires en médecine générale et une école de sages-femmes à l'Hôpital Foch.

De plus, avec 34 instituts de formation paramédicaux, c'est l'un des départements les mieux dotés de l'Île de France. Il compte notamment neuf instituts de formation en soins infirmiers proposant 840 places. Il accueille également 13 IFAS¹⁹, 10 IFAP²⁰, 1 IFP²¹ et un IFA²².

L'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Rueil Malmaison a augmenté le nombre de places d'accueil en formation de 60 à 100 dès l'année 2012 pour chacune des promotions. Ainsi, il dispose de 12 % des places de formation au métier d'infirmier au niveau régional.

L'établissement considère que les étudiants formés dans les différents instituts de formation en soins infirmiers répondent à ses besoins en matière de recrutement. Cette appréciation est cohérente avec le constat mis en évidence précédemment, avec un seul recrutement au sein de l'IFSI de Rueil sur 10 infirmier(e)s embauché(e)s.

Il est à noter que les profils des étudiants ont beaucoup évolué, entre néo-bacheliers²³ et reconversions professionnelles. Parmi les étudiants en études promotionnelles²⁴, un seul provient de l'établissement sur les trois promotions.

2.2 Une évaluation approximative de la charge de travail et des besoins infirmiers

2.2.1 L'évaluation de la charge de travail infirmière est à objectiver

L'établissement précise qu'il n'utilise plus, pour évaluer la charge en soins infirmiers, la méthode des SIIPS²⁵ depuis 2011 sans en expliquer les raisons. Il apporte comme seule information que leur utilisation est soumise à un coût d'adhésion. Il a également indiqué qu'aucun autre outil similaire destiné à l'évaluation de la charge en soins infirmiers, permettant d'objectiver les effectifs à affecter dans les unités de soins, n'était en usage dans l'établissement.

Par ailleurs, l'établissement a précisé qu'il ne recourt pas à l'utilisation de ratios au lit de type ANAP²⁶ pour définir les effectifs infirmiers nécessaires au fonctionnement des unités de soins. Il convient de rappeler que l'établissement ne dispose pas d'activités de soins dont les effectifs paramédicaux soient normés.

Le tableau des effectifs permet d'identifier les effectifs quotidiens indispensables à la continuité de soins sans que la définition des effectifs requis pour assurer un fonctionnement « normal » des unités de soins ne soit expliquée ou référencée. À défaut d'outils d'évaluation de la charge en soins infirmiers, les besoins infirmiers sont définis exclusivement à partir de l'organisation du temps de travail. En l'absence de normes opposables en matière d'encadrement infirmier, l'établissement a retenu comme critère une infirmière pour 10 lits de médecine et une infirmière pour 20 lits en service de soins de suite et de réadaptation.

Malgré l'absence d'objectivation de la charge de travail, la présidente de la commission médicale d'établissement reconnaît que celle-ci augmente pour les infirmières proportionnellement à la charge en matière médicale des patients accueillis. Elle déplore un nombre insuffisant de postes d'infirmières dans les services de SSR gériatriques et l'unité de gériatrie aigue en particulier la nuit. Elle se dit favorable à la mise en œuvre de normes

¹⁹ Institut de formation d'aides-soignants.

²⁰ Institut de formation d'auxiliaire de Puériculture.

²¹ Institut de formation de psychomotriciens.

²² Institut de formation d'ambulanciers.

²³ Bachelier de l'année.

²⁴ Les études promotionnelles sont destinées à permettre aux agents de suivre des études destinées à acquérir un diplôme d'état pour exercer une profession réglementée (infirmière, aide-soignant...).

²⁵ Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée - Méthode d'évaluation des soins infirmiers intégrée.

²⁶ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

d'encadrement en gériatrie à l'instar des activités de réanimation, soins intensifs ou néonatalogie.

Cet encadrement infirmier normé pourrait contribuer à réduire la concurrence avec ces services et serait un facteur d'attractivité de ce secteur.

Tableau n° 4 : Lits installés par spécialités médicales et effectifs soignants (en ETP)

Budget principal	Les différentes unités d'hospitalisation					
	Unité de Médecine	UGA	SSRG	SSRCV	SSRNO	TOTAL
Nombre de lits installés	18	30	38	25	30	154
Effectifs de personnels soignants par catégorie						
Cadre supérieur			0,80	0,10	0,40	1,80
Cadres de santé	0,80	1,00		0,70		2,90
Cadres Médico-technique / rééducateurs					0,80	0,80
Infirmières	8,33	15,00	11,16	7,50	8,33	54,39
Aides-soignantes	8,33	10,98	24,30	7,16	10,62	62,40
Effectifs des personnels soignants	17,46	26,98	36,26	15,46	20,15	122,29

UGA : Unité de gériatrie aigue

SSRG : Soins de suites gériatriques

SSRCV : Soins de suites cardio-vasculaire

SSRNO : Soins de suites neuro-orthopédique

Source : CH Stell

Quand bien même les activités développées par l'établissement ne sont pas soumises à un effectif normé prévu par les dispositions du code de la santé publique (D. 6124-17, D. 6124-32, D. 6124-56 ou D. 6124-61), il apparaît que les effectifs infirmiers au chevet du patient sont inférieurs aux référentiels existants, dont celui sur la filière de soins gériatrique²⁷.

Dans le service de gériatrie aigue, assimilable à un service de court séjour gériatrique au sens de la circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique, les seuls effectifs infirmiers sont arrêtés à 15 pour 30 lits quand la circulaire prévoit, pour ce champ, 12 postes IDE pour 20 lits soit 18 IDE pour 30 lits installés. Pour l'activité de soins de suite et de rééducation gériatrique, le même référentiel indique huit postes infirmiers pour 20 lits soit 15 postes pour 38 lits installés alors que le service actuel dispose de 11,16 ETP. Il serait ainsi en sous-effectif indicatif de quatre postes.

L'établissement confirme les constats de sous-effectifs infirmiers réalisés par la chambre dans les services de soins de suite et de rééducation et en médecine gériatrique. L'établissement avance que sa DAF demeure inférieure à celle attendue au regard de la mise en place de la T2A pour les soins de suite et de réadaptation. La situation est aggravée par un taux de convergence à 0,85 et par l'extension de la capacité de sept lits de soins de suite et de réadaptation en neuro-gériatrie, sans moyens financiers supplémentaires.

L'établissement précise qu'il a renforcé d'une infirmière référente en gériatrie aigue malgré des moyens limités par la baisse des tarifs de court séjour afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. De plus, l'organisation en 12 heures a permis de rationaliser les effectifs de l'unité de gériatrie aigue. Une organisation en 12 heures nécessite 15,24 ETP alors qu'une organisation en sept heures nécessite 16,41 ETP soit une différence de – 1,17 ETP pour couvrir une prise en charge identique. Quant au service de soins de suite et de réadaptation

²⁷ Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

gériatrique, là encore l'organisation en 12 heures impose 11,22 ETP alors que celle en sept heures en imposerait 12,89.

Recommandation n° 1 : Procéder à une évaluation objective de la charge de travail infirmière.

Suites aux observations de la chambre, l'établissement s'engage à mener une réflexion approfondie sur la mise en place d'un outil d'étude de la charge de travail des infirmiers en cohérence avec les outils qui seront déployés au sein du GHT.

2.2.2 Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) incomplète

L'article L. 6143-2-1 du CSP précise que « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ».

En 2016, la DRH a poursuivi le travail engagé depuis 2013 sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Cela s'est traduit par la réalisation d'une cartographie des métiers, ainsi que l'élaboration et l'informatisation des fiches métiers et fiches de poste des agents de l'établissement après la mise en place de groupes de travail. Cet axe constitue l'un des objectifs du projet social 2015-2019 et fait l'objet d'un plan d'actions²⁸.

Si une cartographie sur le GHT a été réalisée, elle se limite à un inventaire des différents métiers au sein des établissements parties à la convention sans identifier les métiers en tension ni les métiers à risque. Le diagnostic préalable à la mise en œuvre de la GPEC doit faire apparaître les métiers sensibles et en tension²⁹. Mais ce diagnostic n'a pas été transmis à la chambre.

La DRH reconnaît que si une politique RH est mise en œuvre, des insuffisances demeurent en matière de formalisation de la cartographie des métiers en tension ou à risque. Le risque n'est pas clairement identifié mais des moyens sont mis en œuvre pour éviter l'apparition du danger de pénurie en matière d'emploi infirmier. Les besoins infirmiers sont partiellement évalués à partir de la projection des départs en études promotionnelles.

Recommandation n° 2 : Réaliser une cartographie des métiers sensibles et/ou en tension à l'hôpital.

Suite aux observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à améliorer sa gestion des métiers en tension, notamment en complétant et en faisant évoluer son outil de GPMC.

²⁸ **Indicateur n°12 (Annexe du Bilan Social)** : Repérage de trois métiers sensibles ou en tension pour le personnel médical et de trois métiers sensibles ou en tension pour le personnel non médical.

²⁹ Un métier est dit « en tension » lorsque le nombre de postes à pourvoir sur le marché du travail est important et le nombre de demandeurs capables d'y répondre est réduit. Un métier sensible se caractérise par des perspectives d'évolution organisationnelle, technologiques et économique qui vont entraîner une baisse probable des besoins et des effectifs à terme.

2.3 La politique de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers

2.3.1 La recherche d'attractivité de l'établissement à destination des personnels infirmiers

L'établissement a précisé avoir connu dans les années antérieures un déficit d'attractivité pour les postes infirmiers qu'il proposait, comme l'avait d'ailleurs relevé le dernier rapport d'examen de la gestion de la chambre.

Dès lors, il a utilisé plusieurs dispositifs pour renforcer son attractivité :

- Une rémunération négociée pour les IDE contractuels après concertation du comité technique d'établissement - CTE (alignement avec les rémunérations du territoire) ;
- La décision de mises en stage pour les IDE souhaitant intégrer la fonction publique hospitalière ;
- Le recrutement de vacataires ;
- Une intervention de la Direction des soins à l'IFSI pour des cours pédagogiques ou des cours de préparation à la sortie de l'IFSI ;
- Un partenariat important avec l'IFSI de Rueil-Malmaison avec une ouverture des terrains de stage;
- Des périodes d'intégration, tutorat et formations prévues ;
- Une mise à disposition de logements dans le parc de l'établissement.

La stratégie développée produit ses effets au regard des vacances de postes d'infirmiers. Il appartiendra à l'établissement de caractériser ces métiers en matière de risque et d'évaluer si cette profession demeure en tension au sein de ses effectifs dans la cartographie à mettre en œuvre.

Au-delà des actions développées à l'échelle de l'établissement, diverses mesures pourraient, cette fois, à l'échelle nationale, permettre de renforcer l'attractivité des services pour personnes âgées, selon les interlocuteurs de l'établissement

La présidente de la commission médicale d'établissement évoque, ainsi entre autres propositions et en prenant en compte le vieillissement de la population, l'émergence possible d'une spécialisation en gériatrie comme cela existe pour la puériculture.

Une valorisation de la carrière pourrait également être mise en œuvre pour les personnels infirmiers faisant le choix d'une affectation en gériatrie et/ou en EHPAD. D'une manière plus coercitive, les infirmières pourraient être contraintes, de passer par des affectations en gériatrie ou en EHPAD au cours de leurs carrières. Cette mobilité « fonctionnelle » pourrait être prise en compte dans l'avancement de grade par exemple.

2.3.2 La mise en place de nouvelles modalités de remplacement a limité le recours à l'intérim en 2016

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, l'établissement procède au remplacement des agents absents selon des modalités définies dans la politique de remplacements mise en œuvre depuis 2015³⁰. Celle-ci prévoit l'activation d'un remplacement lorsque deux critères sont présents : le caractère imprévisible de l'absence (absence pour

³⁰ Dans le cadre du projet social 2015-2019

maladie, enfant malade, évènement exceptionnel type décès, désistement d'un vacataire...) et le motif (formation, cumul de congés autorisés, période d'intégration d'un agent, agent à temps partiel, poste vacant en cours de recrutement...).

En fonction des absences constatées, l'établissement a organisé deux modes de réponses interne et externe pour assurer la continuité des soins. Il a ainsi mis en place une équipe de suppléance (depuis mars 2016) composée de deux IDE de jour. Le recours à cette suppléance s'effectue sur décision du cadre supérieur de santé de la direction des soins. L'établissement étudie la possibilité de compléter cette équipe par un(e) IDE de nuit ainsi que des aides-soignantes.

De plus, le recours à l'intérim est également défini. Mais il n'est utilisé qu'en cas de demande de remplacement non pourvues selon les modalités précédentes. Les demandes sont formulées par la direction des soins ou l'administrateur de garde, validées par la DRH, puis transmises par courriel selon le marché RESAH aux entreprises d'intérim.

De l'examen du bilan social 2016, il ressort que le coût annuel de l'intérim pour l'établissement s'est élevé à 89 431,14 € dont 30 706,26 € pour des missions destinées à compléter les effectifs infirmiers pour un volume de 86 jours, soit un coût de 357,04 € par intervention sollicitée.

Ce sont les services de soins de suite et de réadaptation qui sont les plus consommateurs de missions d'intérim pour 20 537,87 € soit près de 67 % des dépenses totales de ce poste en cohérence avec le poids de l'activité SSR en nombre de lits hospitaliers de l'établissement (70 %).

Tableau n° 5 : Coût annuel de l'intérim par unité et par métier en 2016

Budget principal	Les dépenses d'intérim par catégories de personnels soignants				
	Aides-soignantes	Infirmières	Kinésithérapeutes	Préparateurs en pharmacie	TOTAL
Unité de Soins de suites gériatriques	9 315,08	6 347,92	19 356,46		35 019,46
Unité de Soins de suites neuro-orthopédique	10 471,57	10 609,13	1630,77		22 711,47
Unité de gériatrie aigue	7 657,00	5 096,16			12 753,16
Unité de médecine polyvalente	3 746,40	4 166,07			7 912,47
Unité de Soins de suites cardio-vasculaire	3 361,90	3 580,82			6 942,72
Unité de Soins de suites neuro-orthopédique - Hôpital de jour			3 174,09		3 174,09
Consultations externes		906,16			906,16
Pharmacie				11,61	11,61
Coût total de l'intérim par catégorie	34 551,95	30 706,26	24 161,32	11,61	89 431,14

Source : A parti des données du bilan social 2016

En 2015, le recours à l'intérim concernait des demandes de remplacement d'infirmiers pour près de 70 %. Celles-ci ont représentées 2 461 heures soit 1,61 ETP sur l'année.

Entre ces deux années, on relève une diminution conséquente du recours à l'intérim avec un taux divisé par 4,5 en lien avec la création du pool de remplacement.

Le bilan social 2016 identifie les services consommateurs de personnels d'intérim, ce qui n'était pas le cas précédemment. Ce suivi permet de cibler les services et les personnels vulnérables et ainsi d'engager en amont des actions correctrices. Enfin, le suivi appuyé des données quantitatives montre que cette question a été prise en compte avec la création de l'équipe de remplacement.

L'établissement n'indique pas avoir eu recours à des personnels infirmiers titulaires d'un diplôme délivré par un état membre de l'Union Européenne.

2.3.3 Un recours aux infirmiers contractuels non retrace dans les comptes

L'établissement a indiqué qu'il n'est pas en mesure d'isoler dans les comptes budgétaires les dépenses de remplacement de la catégorie IDE. Or, en application des dispositions de l'article 9 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, l'établissement peut « recruter des agents contractuels pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires ou d'agents contractuels autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ou indisponibles en raison d'un congé annuel, d'un congé de maladie, de grave ou de longue maladie, d'un congé de longue durée, d'un congé pour maternité ou pour adoption (...) ».

Il devrait donc être en mesure de procéder à une analyse qualitative permettant d'identifier le nombre de contrats de remplacement en CDD utilisés pour pallier l'absence d'infirmiers titulaires et quantifier le montant du compte 64151. Pour chaque « contrat conclu pour un motif de remplacement momentané d'un agent absent, de vacance temporaire d'emploi ou d'accroissement temporaire ou saisonnier d'activités », l'établissement doit préciser le motif de recrutement³¹ et en assurer le suivi.

La chambre précise que, si cette information n'est pas disponible par biais du système d'information des ressources humaines, elle devrait pouvoir l'être à tout le moins qualitativement grâce au suivi périodique des agents contractuels recrutés.

Recommandation n° 3 : Effectuer un suivi précis des personnels contractuels sur postes vacants et pour remplacement momentané d'un agent absent afin d'en assurer le pilotage.

Suite aux observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à partir du 1^{er} janvier 2018 à réaliser une modification des codes de traitement RH par statut des personnels contractuels afin de pouvoir identifier dans le système d'information RH les différents types de CDD (permanents ou de remplacements).

2.3.4 L'IFSI demeure un partenaire privilégié de l'hôpital

Pour le centre hospitalier Stell, l'IFSI de Rueil-Malmaison est un partenaire privilégié s'agissant des lieux de stage infirmier ceci n'est pas vrai en matière de recrutement des IDE.

La coopération entre l'IFSI et les établissements du GHT « des Hauts-de-Seine » est simple puisque le centre hospitalier STELL est le seul établissement à disposer d'un IFSI, le centre hospitalier des Quatre-villes possédant quant à lui un IFAS.

³¹ Article 5 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière modifié par le décret n°2015-1434 du 5 novembre 2015 portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière.

Toutefois, l'hôpital Foch, membre associé du GHT, dispose également d'un IFSI. Les autres instituts de formation en soins infirmiers du département sont rattachés à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

La convention constitutive du GHT prévoit, que le comité stratégique sera chargé de se prononcer³² sur « les modalités de coordination des instituts et écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun des ressources pédagogiques et de locaux ». L'ordonnateur précise exercer la direction de l'IFSI en lien étroit avec le directeur de l'établissement support du GHT, le centre hospitalier des Quatre Villes, afin de permettre une mise en œuvre efficace et coordonnée des missions déléguées par la loi, et notamment, une gestion des stages IDE profitable à l'ensemble des établissements membres du GHT. De ce fait, le centre hospitalier STELL ne bénéficie pas d'élément d'attractivité spécifique pour les lieux de stage infirmier par rapport aux autres établissements du GHT.

2.4 La place des infirmiers dans les instances de concertation du personnel

2.4.1 La représentation effective des personnels infirmiers au sein de l'hôpital

Au plan du dialogue social, l'établissement assure le bon fonctionnement des instances représentatives du personnel (CTE³³ et CHSCT³⁴). De l'examen des comptes-rendus transmis, il ressort une tenue régulière des organes représentatifs et d'expression des personnels ainsi que de leurs participations au fonctionnement et à l'organisation générale du centre hospitalier. L'établissement a procédé sur les observations de la chambre à l'actualisation des représentants siégeant au CTE.

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du CSP se réunit régulièrement et elle aborde les sujets de sa compétence. Le procès-verbal de la séance du 2 février 2017, notamment, met en lumière l'implication de cette instance dans la vie de l'établissement ainsi qu'en matière de métiers paramédicaux.

La Coordination Nationale Infirmière (CNI), n'a pas de représentants identifiés au sein de l'établissement.

2.4.2 L'ordre infirmier et la déontologie infirmière

L'établissement a procédé à une présentation de l'Ordre National Infirmier et ses différentes composantes comme prévu à l'article L. 4312-1 du CSP et conformément au code de déontologie des infirmiers lors de la réunion de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du 2 février 2017.

La DRH a envoyé un courrier à l'ensemble des infirmiers salariés de l'établissement le 10 mars 2017 rappelant que, pour exercer la profession d'infirmier, il était obligatoire d'être inscrit(e) tant au fichier ADELI de la délégation territoriale des Hauts-de-Seine de l'ARS qu'au tableau de l'ordre national infirmier par le biais du formulaire en ligne sur le site Internet de l'Ordre.

³² Article 10 de la convention constitutive du GHT désigné « Hauts-de-Seine ».

³³ Comité Technique d'Établissement.

³⁴ Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

Au 20 juin 2017, sur un effectif de 64,61 ETPR³⁵ seuls 12 infirmiers étaient effectivement inscrits à l'Ordre, soit 18,5 % des personnels infirmiers de l'établissement. Pour expliquer ce résultat modeste, l'ordonnateur a avancé que « les organisations syndicales continuent de dénoncer l'ordre infirmier ».

Par ailleurs, un rappel sur la nécessité de s'inscrire à l'ordre a été réalisé auprès des cadres de service précisant qu'il s'agissait d'une obligation réglementaire et que tout infirmier devait s'y conformer.

L'article L. 4311-15 al. 6 du CSP précise que « Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers. Toutefois, l'infirmier n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, et pour une durée limitée, renouvelable dans les mêmes conditions, à remplacer un infirmier ». Ce point a été confirmé par une jurisprudence récente du Conseil d'État³⁶.

3 L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL ET LES CONDITIONS D'EXERCICE DU METIER INFIRMIER

3.1 L'organisation du temps de travail et l'accord sur la réduction du temps de travail

L'établissement a fait adopter un « accord local relatif à l'aménagement du temps de travail » le 26 février 2002. Cet accord a connu trois modifications, avec un premier avenant le 17 février 2003, un second le 2 février 2009 et enfin un dernier le 26 février 2012. Ce protocole s'appuie sur les dispositions du protocole national du 27 septembre 2001 et des décrets d'application n° 2002-8 et 2002-9 du 4 janvier 2002 relatifs au temps de travail, à l'organisation du travail et aux congés annuels des agents mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions locales et usages en vigueur en matière d'organisation du temps de travail.

Un guide interne sur la gestion du temps de travail a été réalisé par la DRH.

3.1.1 Le cadre général de l'établissement

L'accord ARTT en vigueur au sein du l'hôpital souligne que « le décompte du temps de travail est réalisé sur la base annuelle de travail effectif de 1 600 heures maximum sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées ». La durée du travail étant fixée à 35 heures hebdomadaires, les heures annuelles indiquées dans le protocole ne sont pas conformes. Le temps de travail d'un agent à temps partiel est calculé au prorata de cette durée moyenne. La gestion du temps de travail est informatisée par recours à un applicatif métier. Ainsi chaque responsable de service dispose d'une délégation de gestion destinée à assurer la gestion des plannings des agents placés sous leur responsabilité sur la base de l'accord ARTT qui prévoit :

³⁵ À partir des équivalents temps pleins rémunérés au 31 décembre 2016 – Bilan 2016.

³⁶ CE 24 mars 2017, Juge des référés, Lebon 408452.

« En application des dispositions réglementaires, le volume horaire de travail effectif à accomplir est de :

- personnel de jour en repos fixe : 1 600 heures
- personnel de jour en repos variable (+10 dim./J. fériés) : 1 575 heures
- personnel de jour en repos variable (+20 dim./J. fériés) : 1 561 heures
- personnel de nuit : 1 540 heures »

Le bilan social 2016 indique en page 14 (annexe n°2) « Au CHD STELL, le temps d'habillage / déshabillage / transmission est rémunéré en heures supplémentaires aux infirmiers et aux aides-soignants de jour en 12h00 ».

Pour la chambre, les modalités d'attributions de ces heures supplémentaires ne sont pas régulières. En effet, « (...) Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif »³⁷. Ce temps d'habillage et de déshabillage doit donc être intégré dans la journée de travail, quand bien même, les agents effectuent un temps de travail dérogatoire (organisation en 12 heures). En outre, ce temps de travail dérogatoire (organisation en 12 heures) à la durée légale du temps de travail ne peut induire d'heures supplémentaires. Ainsi, l'octroi d'heures supplémentaires à destination de ces personnels hospitaliers, est irrégulier. Ce dispositif apparaît dès le 3ème avenant au protocole d'accord local sur le temps de travail du 26 février 2012. Ce dispositif conduit à une dépense supplémentaire d'environ 65 500 € par an.

Sur les observations et le rappel au droit formulés par la chambre concernant le temps d'habillage/déshabillage, le CTE du 1^{er} février 2018 a voté à l'unanimité sur :

1° La fin de la rémunération des heures supplémentaires liées au temps d'habillage/déshabillage/transmissions prévue par le guide du temps de travail.

2° Le passage de 11,25 à 11,58 de temps de travail effectif grâce à la réduction du temps de repas non payé de 45 à 25 minutes.

La chambre rappelle qu'en application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail (...); « une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives (...). De plus, lorsque l'agent a obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de pause ou pendant le temps de restauration, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis et le temps de pause et/ou le temps de restauration doivent donc être décomptés et rémunérés au même titre que le travail effectif. Enfin, il est précisé que les temps de pause et de restauration ne peuvent être confondus.

Le directeur devra procéder à un avenant du protocole ARTT intégrant ces nouvelles dispositions pour être dans la régularité.

L'établissement indique ne pas disposer d'un comité de suivi de l'accord local sur le temps de travail. Par conséquent, ce suivi est effectué avec les membres du CTE et du CHSCT dans le cadre du dialogue social. Compte-tenu de son activité spécifique, aucune réflexion sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux notamment infirmiers n'a été engagée. Par ailleurs, aucun service n'est organisé autour du temps continu.

³⁷ Article 5 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 :

Rappel au droit n° 1 : Supprimer l'octroi d'heures supplémentaires irrégulières aux personnels infirmiers pour le temps d'habillage et de déshabillage.

3.1.2 Une organisation dérogatoire au cadre général : le régime des 12 heures

D'un point de vue réglementaire,³⁸ les postes de travail en 12 heures constitue une modalité dérogatoire de l'organisation du travail. Leur mise en place est conditionnée au respect de deux critères ;

- les contraintes de continuité du service public;
- un avis du comité technique d'établissement sur le principe de la mise en place de ce mode d'organisation du travail.

La direction indique que pour l'organisation du temps de travail des infirmiers, tous les services de l'établissement ont adopté les 12h.

L'appréciation de la contrainte de continuité du service public a été précisée par différentes jurisprudences des cours administratives d'appel (CAA). Ainsi, « les services dont l'activité répond à des contraintes spécifiques tenant tant à l'administration des soins aux patients qu'à l'accueil de leur famille »³⁹ (service des grands brûlés, urgences, anesthésie-réanimation) ou « impliquant une ouverture continue ou tout du moins plus large au public tels que les services de maternité et ceux de gériatrie »⁴⁰ répondent à cette contrainte.

Dans le cas d'espèce, l'établissement bénéficie de facto d'une « présomption de contrainte de continuité du service public » conformément à la jurisprudence administrative citée supra. Dès lors, l'ensemble des activités a pu bénéficier de ce dispositif dérogatoire, y compris l'EHPAD⁴¹.

Sur le second critère, les instances représentatives du personnel (CTE et CHSCT) ont adopté la nouvelle organisation en 12 heures avec validation des roulements de travail par service concerné. L'intérêt du régime des 12 heures est différent selon que l'on se situe du côté des personnels médicaux ou des soignants, infirmiers en particulier.

Du point de vue de la présidente de la commission médicale d'établissement, la mise en œuvre des 12 heures est « délétère » pour la relation médecin-infirmier compte tenu d'une absence longue de l'infirmière du service. Elle fait valoir que selon cette organisation, une infirmière travaille trois jours sur les cinq jours d'hospitalisation du patient (durée moyenne du séjour en unité de gériatrie aigue (UGA) ou médecine générale). Dès lors, il existe une rupture dans la continuité des soins infirmiers dans la mesure où l'infirmière débute mais ne termine pas la prise en charge. Sur l'UGA, un travail est engagé sur la synchronisation médecin, IDE, AS mais cela reste atypique au sein de l'établissement.

L'organisation du temps de travail en 12 heures a fait l'objet d'un sondage et non d'une évaluation à l'occasion de laquelle les personnels auraient été amenés à s'exprimer. Ce sondage a mesuré au cours de l'année 2016, les conditions de vie au travail à travers un baromètre social. Il a été conduit auprès des agents et 114 ont répondu aux 65 questions sur neuf thématiques soit un taux de réponse de 35 %.

³⁸ Article 7 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁹ Cour administrative d'appel de Bordeaux, n°15BX00530 du 19 janvier 2016.

⁴⁰ Cour administrative d'appel de Nantes, n°11NT03055 du 20 juin 2013.

⁴¹ Le cas de l'EHPAD pourrait être discuté puisque son activité sort du champ hospitalier. Toutefois d'autres circonstances exceptionnelles ont dû conduire la direction à proposer cette organisation et les organisations syndicales à la proposer et à l'accepter.

Les résultats sont explicites : 96 % des personnels infirmiers (de jour et de nuit) souhaitent conserver ce rythme de travail et 74 % des agents jugent leurs conditions de travail satisfaisantes voire très satisfaisantes. Plus encore, l'abandon des douze heures au sein de l'établissement pourrait potentiellement favoriser le départ de 71 % des personnels infirmiers. Les intéressés(es) précisent que les douze heures permettent ; « *une meilleure récupération* » en offrant plus de repos, « *une meilleure organisation vie professionnelle/vie privée* » aidant à « *mieux s'organiser à la maison et au travail* », une meilleure prise en charge des patients.

Pour autant, la directrice des soins, précise que le malaise infirmier provient de ce qu'elle nomme le « syndrome des 3 minutes par patient »⁴².

Le sondage réalisé constitue un outil objectif d'évaluation du dispositif des 12 heures. Dès lors, la chambre considère que l'établissement a procédé à une évaluation de cette organisation qui par suite a été présentée aux instances représentatives du personnel (CTE et CHSCT) pour se positionner sur la prorogation de ladite organisation.

La chambre rappelle à l'établissement son obligation de procéder annuellement à une évaluation du dispositif et de l'accompagner le cas échéant d'une évaluation de la qualité de vie au travail (QVT) en lien avec cette organisation du temps de travail.

3.1.3 Des adaptations apportées dans l'organisation du travail infirmier mais sans dispositif novateur

Certaines réformes ou restructurations ont eu des conséquences sur l'organisation du travail au sein de l'établissement, notamment, selon l'établissement, la tarification à l'activité qui a eu un impact en terme de codage des actes, et les restructurations de l'offre de soins qui ont eu un impact en termes organisationnels et d'affectation dans les services et induit des besoins supplémentaires en formation.

La chambre relève que l'impact du passage aux 35 heures n'a pas été estimé ni qualitativement ni quantitativement au sein du centre hospitalier

Les restructurations de l'offre de soins constituent, avec la réforme de la tarification, les deux principales sources de bouleversement des organisations de travail. L'établissement a connu de nombreuses évolutions de son périmètre d'activités avec sur la période récente la fermeture du service d'accueil des urgences en 2012.

Le directeur a précisé à la chambre que la fermeture du service d'accueil des urgences a entraîné le départ d'infirmiers vers d'autres structures proposant ce type de service alors que d'autres ont été redéployés vers les services d'hospitalisation.

La mise en place de la T2A a eu également, selon le directeur, plusieurs effets dont l'enjeu de respecter les DMS pour les services de court séjour (gestion médico-économique des services). Pour les soignants, et en particulier les infirmiers, la codification des actes en lien avec la T2A représente un investissement en temps et une charge de travail supplémentaire pour lesquels les infirmiers ne perçoivent ni le sens, ni le possible retour sur investissement. Le directeur rappelle à cet effet que la culture infirmière est empreinte de valeur du soin et de relations humaines qui entrent en tension avec l'approche économique de la T2A. Le codage

⁴² Pour elle, toutes les nouvelles tâches incombant aux infirmières (codage des actes, transports ambulanciers, prises de rendez-vous...) entraînent une surcharge. Il y a dit-elle « *un gap entre le choix du métier et la nouvelle réalité du métier avec la charge administrative... avec les problématiques techniques (wifi...)* ». Par ailleurs, le niveau d'exigence des familles (familles harcelantes), attitudes agressives et pression socio-économique des familles. L'infirmière constitue le « *putching ball* » des familles qui déversent leur culpabilité et leurs exigences parfois consuméristes qu'elles ne présentent pas aux médecins. Sur le plan exogène, les modes de garde de l'enfant, la situation familiale (parent isolé, le conjoint qui ne travaille pas en août parce que l'entreprise ferme...

des actes réalisés par les médecins et soignants le plus souvent possible en temps réel génère du temps administratif qui interrompt le travail lié au soin pourtant non estimé.

L'établissement a déployé un progiciel permettant une gestion coordonnée et optimisée des soins auprès des patients. Cet outil centralise les données patient (identitovigilance), les données médicales et le suivi des soins infirmiers. L'accès aux données est simplifié, évitant toute double saisie. Cela conduit à un gain de temps non négligeable (données de soins infirmiers mais aussi données PMSI). Un outil identique existe également au sein de l'EHPAD. Il permet de coordonner les actions mises en œuvre par tous les acteurs de la santé des résidents (personnel de l'EHPAD, médecins et paramédicaux salariés ou libéraux) notamment par l'informatisation de l'ensemble des documents et données de la prise en charge soignante.

Selon la direction, certaines réorganisations de travail ont permis d'alléger les charges de travail des infirmiers dans les services de l'établissement. Tel a été le cas notamment de la mise en œuvre du travail en 12 heures et de cycles de travail dits en roulements. Dans ce cadre, les infirmiers connaissent à l'avance leurs plannings, ces derniers prenant en compte les formations et les congés annuels (demandés en amont voire annuellement), plannings tout de même réajustés au jour le jour en fonction des absences inopinées.

Ces anticipations de plannings et la mise en place de roulements n'ont cependant pas modifié le temps de travail infirmier. Au regard de l'activité de l'établissement (médecine gériatrique et de rééducation), aucune polyvalence ni aucune spécialisation spécifique n'ont pu être mises en place. La répartition des tâches entre médecins et personnels paramédicaux reste classiquement celles préconisées dans les textes réglementaires, sans mise en place de pratiques avancées ni de protocoles de transfert de tâches.

Enfin, la promotion de l'innovation dans les pratiques de soins en œuvre dans l'établissement demeure marginale. Elle s'est traduite par « *la construction commune d'une journée des soins paramédicaux* ».

Les diverses réorganisations qu'a connues l'établissement ne semblent pas avoir induits de dégradation dans la prise en charge infirmière. Les événements indésirables graves signalés (EIG) au sein de l'établissement sont recensés et analysés par la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC).

Tableau n° 6 : Synthèse des plaintes à la CRUQ Plaintes recensées par la CRUQPEC

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre plaintes	22	14	5	9	15
Plaintes concernant les soins	11 (50%)	10 (71,4%)	4 (80 %)	1 (11,1%)	0 (0%)
Domaine le plus satisfaisant	Prestations paramédicales			Actes médicaux	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient
Domaine le moins satisfaisant	Prestations hôtelières	Actes médicaux	Prestations hôtelières		

Source : Bilans de la CRUQPEC 2011 à 2015

Si les rapports annuels de la CRUQPEC ne permettent pas de différencier, pour les plaintes, celles ayant trait au domaine médical et celles relevant des activités paramédicales, on constate néanmoins que les plaintes ayant trait aux soins en général sont en net recul, passant de 11 plaintes en 2011 à aucune en 2015. Par ailleurs, la prestation paramédicale demeure dans les domaines les plus satisfaisants de l'établissement, même si elle est supplantée par la prestation médicale en 2014.

3.1.4 Le développement des heures supplémentaires

Les nouvelles organisations du travail induisent des effets non mesurés initialement comme le recours aux heures supplémentaires ou une augmentation du nombre de jours placés en CET, des dépenses de remplacement, ou des mesures de reclassements.

Selon la direction des ressources humaines, toutes les heures supplémentaires effectuées sont rémunérées. Or, l'étude des bilans sociaux, permet de mettre en évidence un volant d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées. Les données quantitatives présentées dans les bilans sociaux concernent l'ensemble des personnels infirmiers sans distinction du secteur d'exercice.

Tableau n° 7 : Évolution des heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées⁴³

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Infirmières diplômées d'Etat	3 261,10	3 927,810	2 251,58	1 527,49	3 490,77	3 172,20
Nombre moyen par IDE	50,17	60,43	40,21	23,87	54,54	44,68

Source : Chambre régionale des comptes à partir des bilans sociaux

Selon l'ordonnateur, les heures supplémentaires réalisées à la demande d'un administrateur de garde sont systématiquement rémunérées ou récupérées au choix de l'agent dans la limite du plafond de 180 heures annuelles. Quant aux heures supplémentaires réalisées par les agents pour cause de remplacement demandé par les responsables de service, elles sont rémunérées mensuellement. Les dépassements d'horaires ne sont pas rémunérés mais doivent être récupérés dans le trimestre.

Les données figurant dans les bilans sociaux sont donc en contradiction avec la politique de gestion et de rémunération du temps de travail supplémentaire rappelée par l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre.

La chambre rappelle que les heures supplémentaires doivent faire l'objet d'une rémunération ou d'une récupération.

3.2 Les diverses conséquences des organisations du travail mises en œuvre par l'établissement sur les personnels infirmiers

3.2.1 Un taux de rotation des personnels infirmiers à surveiller

Dans les analyses françaises et étrangères, le taux de rotation du personnel infirmier est décrit comme étant le processus par lequel un infirmier ou une infirmière quitte son poste dans un établissement ou change de poste dans un même établissement. Le taux de rotation du personnel non médical était au niveau national de 9,9 % en 2015 et il est légèrement supérieur à celui du personnel médical (9,5 %) selon les données fournies par l'ATIH⁴⁴.

La même étude faisait apparaître que le taux de rotation du personnel au sein des établissements de santé privés est plus élevé que celui des établissements publics, soit respectivement 14,1 % et 9,9 %.

⁴³ Depuis la mise en place de bilans sociaux standardisés cet indicateur est au nombre de ceux tracés dans les établissements publics de santé.

⁴⁴ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Comparé à d'autres secteurs de l'économie, le turn-over infirmier est relativement peu élevé, d'après la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, le taux de rotation dans le secteur tertiaire s'élève au niveau national à 62,6 % en 2011, à 23,4 % dans la construction et à 17,8 % dans l'industrie (DARES, analyse n° 56, 2012)⁴⁵.

Les bilans sociaux communiqués par l'établissement précisent le taux de rotation du personnel soignant à partir de l'année 2012.

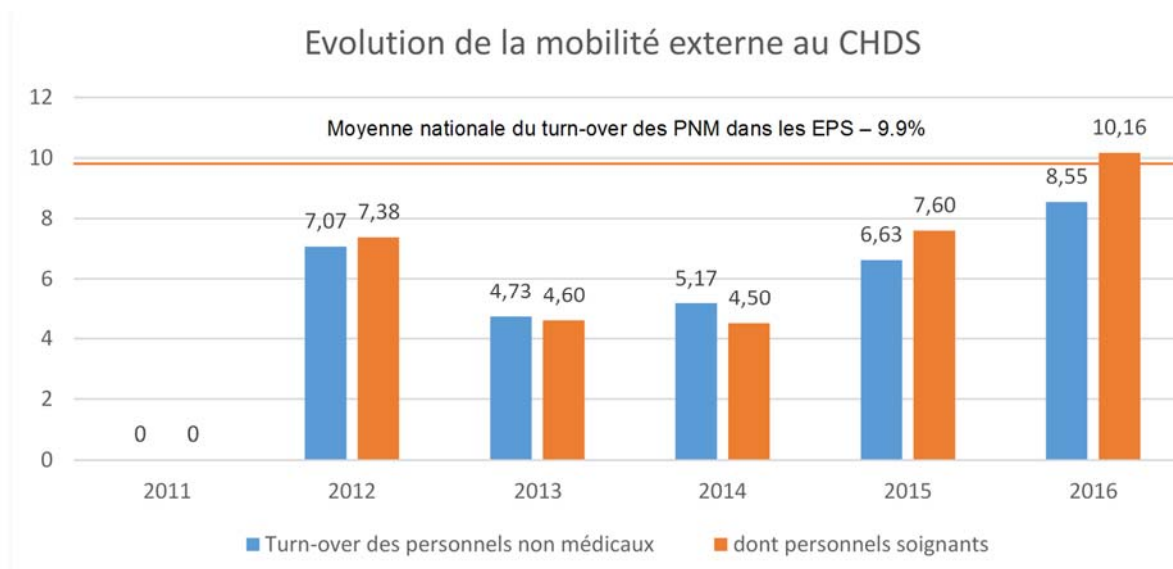
Tableau n° 8 : Comparaison de la mobilité des personnels non médicaux

Évolution de la mobilité des personnels non médicaux	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Turn-over des personnels non médicaux	ND	7,07	4,73	5,17	6,63	8,55
dont personnels soignants	ND	7,38	4,06	4,50	7,60	10,16

Source : chambre régionale des comptes à partir des bilans sociaux

Le turn-over des personnels non médicaux qui s'élève au sein de l'établissement à 8,55 % en 2016, demeure inférieur à la moyenne nationale constatée à 9,9 %.

Graphique 2 : La mobilité externe à l'hôpital Stell



Source : chambre régionale des comptes

L'établissement indique que pour la seule année 2016, il a enregistré six départs pour 10 arrivées soit un taux de turn-over de 11,6 % du personnel infirmier

3.2.2 Un absentéisme infirmier en augmentation

Le taux d'absentéisme des infirmiers a connu une progression de 3,61 points entre 2013 et 2014 et est relativement stable entre 2014 et 2016 où il atteint 8,55 % (soit 2 006 journées perdues sur 4 800), un taux supérieur au taux d'absentéisme global du personnel non médical qui s'élève à cette date à 6,06 %.

⁴⁵ Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Julien Loquet, Glawdys Nagou.

Tableau n° 9 : L'absentéisme des personnels non médicaux

Evolution de l'absentéisme des personnels non médicaux	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Absentéisme du personnel non médical	8,56	5,69	5,68	6,99	7,67	6,06
<i>dont personnels soignants</i>	10,10	6,93	6,11	7,00	8,00	6,34
<i>Dont IDE</i>	ND	ND	5,08	8,69	9,43	8,55

Source : chambre régionale des comptes à partir des bilans sociaux 2011-2016

L'absentéisme des personnels infirmiers est supérieur depuis 2014 à l'absentéisme des personnels non médicaux y compris des aides-soignants. Ces personnels sont pourtant, de façon habituelle, les professionnels les plus touchés par l'absence compte tenu de la pénibilité accrue de leur métier.

Pour réduire l'absentéisme, l'établissement a engagé une action de fond et a inscrit dans le projet social quatre objectifs en la matière:

- Analyser et réduire l'absentéisme pour maladie ordinaire ;
- Prévenir et accompagner l'usure physique et psychologique ;
- Définir et mettre en place une politique d'accompagnement des personnes en difficulté au plan physique et psychologique ;
- Améliorer les conditions de travail des professionnels susceptibles d'une plus grande fatigabilité.

Les actions menées dans ce cadre ont fait l'objet d'une personnalisation en direction des personnels infirmiers. Des mesures spécifiques ont été conduites :

- Une équité et plus de souplesse dans les ajustements des plannings par la mise en place de la Charte de gestion des plannings en même temps que des roulements ;
- Une vigilance autour de la qualité de l'accueil et de la période d'intégration adaptée à chacun (2 à 3 semaines) ;
- Un entretien proposé à chaque agent de retour de congé maternité ou parental ;
- Un accompagnement et une prise en compte des besoins de formation autant que possible ;
- Une collaboration étroite entre la direction des soins, la direction des ressources humaines et la médecine du travail (composée d'une infirmière à 0,5 ETP et d'un médecin à 0,3 ETP pour 350 agents) ;
- Un accompagnement et un suivi des agents cumulant les arrêts de courte durée ;
- Une démarche qualité de vie au travail.

La chambre relève le taux d'absentéisme élevé des infirmiers alors même que l'organisation du travail en 12h est très appréciée, ce qui paraît contradictoire.

3.3 Les actions engagées au sein de l'établissement pour améliorer les conditions de travail infirmier

Le document unique d'évaluation des risques professionnels :

L'établissement s'est saisi, depuis 2011, de la question des risques psycho-sociaux (RPS) en commandant un audit sur ce sujet. Cet audit comprend un rapide diagnostic de ces risques, leur cartographie et des préconisations. Un plan d'actions avec échéancier a été réalisé comprenant une formation de l'encadrement, une meilleure communication, un accompagnement au changement de l'encadrement de proximité et une révision du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

L'article R. 4121-1 du code du travail précise que « L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement » et de l'article R. 4121-2 du même code qui stipule que ce document est révisé à minima annuellement

Le dernier document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) reste incomplet. Il ne permet pas, d'une part, une identification exhaustive de l'ensemble des risques professionnels potentiels dans l'établissement et il n'indique pas, d'autre part, les mesures ou actions de prévention à mettre en œuvre préalablement à la survenue du risque ou des mesures et actions à mettre en œuvre lors de la survenue de l'accident.

Toutefois l'établissement a communiqué les bilans de l'activité du groupe de travail sur le DUERP pour les années 2015, 2016 et 2017. Ces bilans démontrent l'actualisation de ce document dont la formalisation doit être réalisée. La médecine du travail ainsi que les membres du CHSCT participent à l'enrichissement du document.

Les actions de formation et de santé au travail :

En 2012, les cadres de santé ont suivi une formation intitulée « Repérer et prévenir les risques psychosociaux ». En 2014 et en 2016, une enquête de satisfaction a été menée auprès du personnel. À compter de 2015, des cours de yoga ont été organisés sur site, à destination des agents. Des groupes de travail (direction des ressources humaines, direction des soins, représentants syndicaux, médecine du travail) se sont réunis sur les cycles et rythmes de travail, tous les cadres ont été formés. En outre, en 2016, une démarche QVT⁴⁶ a été menée dans un service de soins (SSRG) à laquelle des infirmiers ont participé. Enfin, le service de santé au travail est étroitement associé aux initiatives de la direction des soins et de la direction des ressources humaines afin d'échanger sur les alertes relatives aux conditions de travail dans des situations individuelles.

Les réaffectations ou reclassements :

Dans certaines situations, des changements de carrière s'imposent à l'établissement ou à l'agent notamment lorsque son état de santé devient incompatible avec les fonctions exercées. À ce titre, l'établissement propose des réaffectations ou des reclassements professionnels. Entre 2013 et 2015, trois infirmières ont bénéficié à leur demande, celle du médecin du travail ou à l'initiative de la direction des ressources humaines d'un reclassement professionnel. La commission de réforme n'a pas été saisie de ces demandes. Deux postes ainsi été proposés aux consultations externes et un poste de chargé de mission « dossier patient informatisé » a

⁴⁶ Qualité de Vie au Travail.

été mis en place. L'établissement indique que les reclassements d'infirmières ont été mis en œuvre à la demande des intéressées

Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail :

L'article L. 4121-1 du code du travail prévoit aussi que l'employeur présente chaque année au CHSCT le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact), ainsi qu'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 même code). Le directeur a précisé à la chambre qu'un membre d'une organisation syndicale siégeant au CHSCT a débuté en 2017 un Diplôme Universitaire sur les risques psychosociaux intitulé « Conseiller en prévention des risques psychosociaux management de la qualité de vie au travail ». En outre, une nouvelle enquête sur les RPS sera menée dès février 2018.

La chambre relève que le PAPRI Pact n'a pas été actualisé depuis 2015.

Rappel au droit n° 2 : Actualiser annuellement le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact).

4 LA FORMATION DES PERSONNELS INFIRMIERS

4.1 La formation continue des infirmiers diplômés

4.1.1 Un plan de formation annuel conforme aux orientations nationales de formations

La formation constitue un axe stratégique du projet social 2015-2019. Ainsi, elle est gérée par un service dédié au sein de la direction des ressources humaines au même titre que la gestion des ressources humaines et les affaires médicales. Le dispositif de la formation est entré dans un processus formalisé avec un recueil informatisé des besoins de formation des agents. L'établissement utilise une application mise à disposition par l'ANFH depuis 2014 pour la gestion des carrières, la formation et l'évaluation des compétences des agents.

L'élaboration du plan de formation par la direction des ressources humaines « s'appuie sur des projets locaux, [et] viennent s'ajouter des axes de formation qui s'inscrivent dans des priorités définies au niveau national⁴⁷ ». La direction des ressources humaines a élaboré le projet de plan en classant ces besoins ou demandes de formation par service, par thème, par axe stratégique et au sein de chaque axe par priorité. L'articulation entre choix individuels et institutionnels est laissée à la commission de formation, émanation du CTE, qui « a analysé en détail le contenu de certaines formations, étudié l'opportunité des formations en inter ou en intra selon le thème choisi et retenu un ensemble de demandes pour une bonne adéquation avec les projets de services et les objectifs prioritaires dégagés par l'Hôpital, ceci en fonction des crédits alloués à la formation professionnelle ».

⁴⁷ Plan annuel de formation 2017.

4.1.1.1 Un plan de formation sans dispositif de développement professionnel continu répondant aux besoins du personnel infirmier

Depuis 2013, une nouvelle obligation annuelle de développement professionnel continu (DPC) est inscrite au code de la santé publique pour tous les professionnels de santé, y compris pour les personnels infirmiers. Le ministre de la santé fixe chaque année par arrêté la liste des orientations nationales de développement professionnel continu pour chaque profession de santé.

Les thèmes éligibles au DPC doivent apparaître clairement en direction des professionnels de santé leur permettant ainsi de répondre à leurs obligations. La loi de modernisation de notre système de santé⁴⁸ a créé l'agence du DPC⁴⁹ qui met en ligne des offres de formation en matière de DPC ainsi que les organismes habilités.

Les différents plans annuels de formations proposées depuis 2013 ne font pas apparaître de plans spécifiques relatifs au Développement Professionnel Continu (DPC) ou de formations éligibles au DPC en lien avec l'offre de formation proposée au titre du DPC au niveau national et les activités de l'établissement. Or, la circulaire du 29 juillet 2016⁵⁰ rappelle qu'un « plan de DPC devra être conçu et intégré au plan de formation des établissements et permettre ainsi à chaque professionnel de santé de valider annuellement son obligation ». De plus, les éléments transmis à la chambre ne permettent pas de vérifier que l'obligation du DPC imposée aux personnels infirmiers soit remplie.

Les plans de formation de l'établissement ne définissent pas de formations spécifiquement arrêtées pour les personnels infirmiers. Ils ne permettent donc pas de répondre à l'obligation de DPC qui les concernent. Pour la chambre, un plan de formation en direction de ces personnels devrait constituer un dispositif d'attractivité et de fidélisation.

Recommandation n° 4 : Mettre en place au sein du plan de formation institutionnel un volet spécifique au personnel infirmier.

4.1.1.2 Le compte personnel de formation

Le décret⁵¹ de 2008 fixe un droit de 20 heures de formation par an pour un agent à temps plein. Ce droit de formation est plafonné à 120 heures (six ans). Lorsque ce plafond est atteint, le compteur DIF est bloqué et l'agent ne cumule plus d'heures de formations.

Ce dispositif a été modifié en 2017 par le décret⁵² 2017-928 du 6 mai 2017 en créant pour les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) un compte personnel de formation (CPF) qui constitue, à l'instar du DIF qu'il remplace, un crédit annuel d'heures de formation professionnelle. Ce compte personnel de formation peut être utilisé à l'initiative de l'agent pour accomplir certaines formations visant à l'acquisition d'un diplôme, d'un titre, d'un certificat de qualification professionnelle, ou le développement des compétences nécessaires à la mise en œuvre de son projet d'évolution professionnelle.

⁴⁸ Article 114 de la loi de Modernisation de notre système de Santé parue au Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016.

⁴⁹ www.agencedpc.fr.

⁵⁰ INSTRUCTION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵¹ 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.

⁵² Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Le droit individuel à la formation (DIF) infirmier n'a pas été mis en place au sein de l'établissement

4.1.1.3 Les évolutions de carrière du personnel infirmier

Les personnels infirmiers bénéficient de perspectives de carrière au sein ou hors de leur établissement d'appartenance.

Au sein du centre hospitalier Stell, certains infirmiers en fonction peuvent prétendre à des fonctions d'encadrement ou de formation (cadre de santé en unité de soins et cadre de santé formateur) sous conditions de promotion professionnelle validées. Ils doivent alors intégrer un institut de formation des cadres de santé (IFCS) après réussite à un concours d'entrée. À cette fin, une sélection de certains professionnels candidats à ces fonctions est effectuée par un jury ad hoc destiné à identifier les « faisant fonction cadres ». Ce dispositif est organisé depuis 2014 et selon la direction de l'établissement, il a permis de renforcer la mobilité professionnelle interne et de valoriser les compétences des agents du CHD Stell sans qu'il soit précisé si ces mises en fonction constituent un préalable à un accompagnement vers l'entrée à l'institut de formation des cadres de santé.

L'établissement ne dispose pas d'activités nécessitant une spécialisation du métier d'infirmier (puériculture, anesthésie, bloc opératoire). Ceci diminue probablement l'attractivité du centre hospitalier auprès des jeunes diplômés en constituant un frein aux évolutions de carrières possibles.

4.1.2 La gestion opérationnelle de la formation professionnelle

4.1.2.1 Les relations avec l'ANFH

L'ANFH est l'organisme paritaire collecteur agréé de l'établissement comme de l'ensemble des établissements publics de santé. La mutualisation des fonds destinés à la formation professionnelle permet de renforcer la capacité de l'établissement à proposer des formations attractives à ses agents.

Tableau n° 10 : Relations financières de l'établissement avec l'ANFH (en euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Remboursements ANFH	36 537,00	28 662,00	67 985,00	78 222,00	112 971,00	98 579,00
Remboursements relatifs au Plan	18 104,07	4 636,59	27 437,91	23 297,40 €	14 762,52	16 160,48

Source : DRH de l'établissement

L'ANFH collecte les sommes dédiées au plan de formation (2,1 % de la masse salariale), aux différents congés de formation professionnelle (0,2 % de la masse salariale) aux études promotionnelles (0,6 % de la masse salariale) ou au développement professionnel continu médical.

Un correspondant dédié a été désigné par l'ANFH. Il est l'interlocuteur privilégié de l'établissement. Bien que non présent sur site, il est joignable par téléphone et par l'interface applicative.

4.1.2.2 Les ressources financières de la formation professionnelle

Les dépenses de formation continue sont variables et s'élèvent en moyenne à 25 719,25 € sur la période 2011-2016.

Tableau n° 11 : Dépenses de formation continue (en euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Masse salariale infirmière	3 451 741,42	3 486 427,36	3 414 187,40	3 483 632,94	3 546 680,03	3 725 205,23
Dépenses Plan de formation	28 778,62	10 738,58	31 441,07	33 359,88	26 292,24	23 705,13
Dépenses Plan fléchées en direction de l'IFSI de rattachement	7 697,00	11 969,61	13 728,86	13 645,91	12 455,96	11 805,50

Source : Établissement

Elles diminuent de 40 % entre 2014 et 2016 alors que la masse salariale infirmière progresse de 7 % sur la même période. L'établissement indique qu'il a diminué les crédits destinés aux études promotionnelles.

Il apparaît qu'en moyenne 46% des dépenses du plan de formation sont fléchées vers l'IFSI de rattachement.

4.1.3 Un accès limité aux études promotionnelles

L'établissement permet l'accès à la profession infirmière en facilitant l'entrée en IFSI. Ainsi, chaque année, depuis 2011, entre un et cinq agents ont pu bénéficier du dispositif des études promotionnelles infirmières.⁵³

Tableau n° 12 : Les effectifs des agents en études promotionnelles infirmières

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Effectif concerné par l'établissement	1	1	3	3	4	5
Effectifs "scolarisés " au sein de l'IFSI rattaché	1	1	3	2	2	3
Effectifs scolarisé au sein d'un IFSI régional	0	0	0	1	2	2

Source : Établissement

La majorité des promus suivent leur scolarité au sein de l'IFSI de rattachement de l'établissement. Néanmoins, depuis 2014, les scolarités s'ouvrent vers d'autres IFSI régionaux. Ces scolarités hors de l'IFSI de rattachement s'expliquent moins par les lieux de résidence des bénéficiaires que par la réussite au concours d'entrée à l'IFSI, chaque institut, organisant son propre concours d'admission.

Les études promotionnelles sont isolées au sein du plan de formation de l'établissement. Elles permettent principalement la poursuite d'études en IFSI ou à l'IFCS pour devenir cadre de santé. À cet effet, un jury de pré-sélection est réuni chaque année pour valider les projets professionnels et établir un rang de classement des bénéficiaires.

⁵³ Les études promotionnelles permettent aux aides-soignants qui le souhaitent de devenir infirmiers ou aux infirmiers de devenir cadre de santé.

En 2016, 10 personnes de l'établissement ont bénéficié des études promotionnelles toutes formations confondues (six aides-soignantes, trois infirmières et un adjoint administratif) dont cinq agents pour les études infirmières.

L'établissement rappelle qu'avant 2014, les restes à charge des études promotionnelles étaient financés hors plan de formation. Au regard des surcoûts supportés (10 k€) par l'établissement, celui-ci a décidé de geler les études promotionnelles jusqu'au retour des agents promus. Un échéancier des formations finançables dans le cadre des études promotionnelles pour la période 2018/2023 fournit une projection et permet de repérer les besoins infirmiers et les études dont le financement est envisagé sur cette période en vue de favoriser la promotion interne.

4.2 La formation initiale des étudiants en soins infirmiers

4.2.1 L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)rattaché au centre hospitalier

4.2.1.1 L'organisation de l'IFSI

Il existe trois types de personnel travaillant au sein de l'IFSI. De façon classique, 65% des personnels sont des personnels formateurs, puis 35% constituent les personnels des fonctions supports.

Tableau n° 13 : Personnel de l'IFSI

	ETP	% effectifs	% charges de personnel
Personnel administratif	5,8	29,3 %	28,8 %
Personnel pédagogique	10	65,7 %	68,2 %
Personnel technique	1	5 %	3 %

Source : chambre régionale des comptes et IFSI

L'équipe pédagogique indique qu'il est très difficile de définir la répartition des temps de cours, de travaux dirigés (TD), de tutorat, de surveillance d'épreuve d'évaluation, de visite en stage, de préparation d'intervention ou de temps administratif.

Le temps de cours et de TD représente à peine plus de la moitié du temps de travail des formateurs. Le temps de cours est réduit en raison de l'importance des cours suivis à l'université. Par ailleurs, les temps de TD et de tutorat restent faibles, car ceux-ci se réalisent en plusieurs groupes ou en individuel. Leur démultiplication n'est pas toujours possible au regard du nombre de formateurs et du nombre d'étudiants par promotion.

Le temps dévolu à la préparation et à l'organisation est très important, notamment au regard de la coordination avec l'université mais aussi pour l'ingénierie des unités d'enseignement en lien avec les intervenants et les autres formateurs de l'école.

Une partie de leur temps est aussi consacré à la formation continue des personnels de l'hôpital (formation au tutorat en stage notamment) ainsi que l'avant formation initiale (préparation au concours, conférences...). Selon la directrice de l'IFSI, « les formateurs qui gèrent la coordination de promotion passent encore plus de temps en gestion administrative ».

4.2.1.2 La place de l'ARS et de la région dans la formation infirmière

L'ARS donne son avis sur le projet pédagogique via le dossier de renouvellement d'agrément et une des conseillères techniques-pédagogiques de l'ARS siège au conseil pédagogique de l'IFSI

En outre, l'ARS Île-de-France a introduit des procédures d'harmonisation au plan régional. Cela concerne un certain nombre de guides pour les professionnels intervenant auprès des étudiants en soins infirmiers et qui jouent un rôle dans leur formation initiale. Ce sont notamment, le guide de l'évaluation des acquis en stage, le guide de procédure d'élaboration du mémoire de fin d'études en soins infirmiers ou le guide du projet pédagogique des instituts de formation.

La région a mis en place une plateforme des aides régionales en vue de faciliter les dialogues de gestion avec les IFSI. Une fois le budget validé, le montant de la subvention d'équilibre fixé, il est voté en commission permanente. La région ne finance plus les équipements ou autres investissements, qui relèvent donc du budget principal hospitalier.

4.2.1.3 Le budget et le coût de l'IFSI

Le budget de l'IFSI représente 6,4 % du budget du centre hospitalier support. La subvention du conseil régional couvre 82,4 % des charges, les charges restantes étant compensées entre autres par les frais d'inscription aux concours, les droits d'inscription et autres frais de scolarité des étudiants ou des remboursements de frais de formation professionnelle.

Les charges de personnel représentent 73,4 % des dépenses de l'IFSI. Le CH Stell prend à sa charge, sur son budget principal 11,5 % des charges courantes correspondant à des prestations de services issues de mutualisations (services financiers, DRH, services techniques, service informatique, lingerie...).

Les charges du personnel pédagogique représentent 68,2 % des charges globales de personnel contre 28,8 % pour le personnel administratif (et 3 % pour le personnel technique et logistique).

Tableau n° 14 : Principaux éléments du Budget C (en euros)

	2011	2012	2013	2014	2015
Charges	1 485 567,41	1 432 974,29	1 520 038,71	1 604 642,63	1 747 145,66
Produits	1 449 328,72	1 527 425,18	1 682 180,32	1 807 010,03	1 857 858,80
Excédent / Déficit	36 238,69	94 450,89	162 141,61	202 367,40	110 713,14
dont charges de personnel	1 030 174,05	1 006 665,45	1 067 362,02	1 134 360,50	1 282 044,14

Source : chambre régionale des comptes à partir des données fournies par l'IFSI

Le total des produits de l'IFSI a augmenté de 28 % depuis 2013, corrélativement à l'augmentation du nombre d'étudiants par promotion.

Le budget présente un excédent budgétaire alors que la subvention de fonctionnement versée par le conseil régional a augmenté de 15 % entre 2015/2016 (1 214 k€ à 1 397 k€) et que le poste de dépenses de personnel a cru de près de 27 % sur la période 2012/2015.

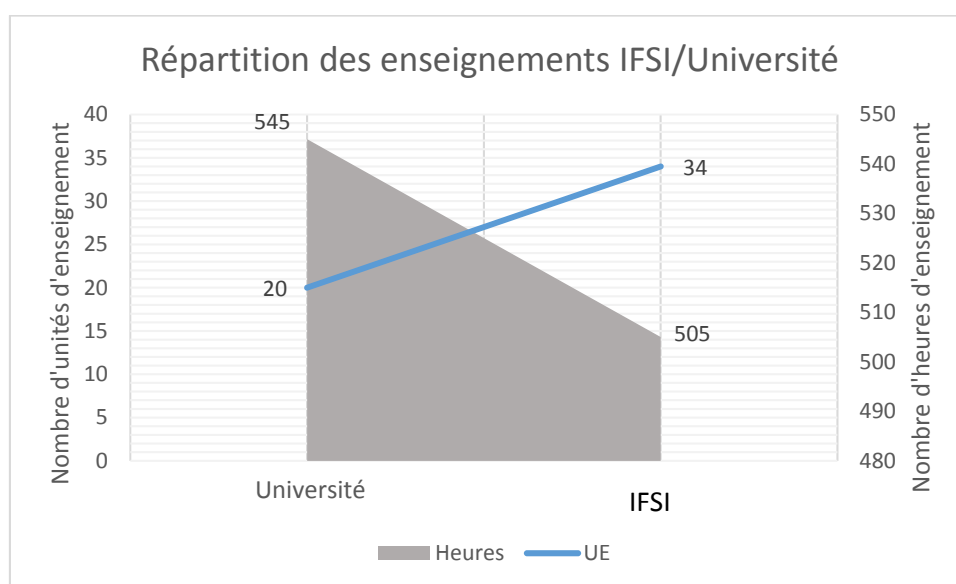
4.2.2 Une formation initiale hybride : entre enseignement supérieur et compagnonnage

4.2.2.1 Des liens avec l'université à améliorer

La nouvelle législation⁵⁴ impose une « universitarisation » de la formation infirmière. Par choix mais aussi par faisabilité, ce sont principalement les cours magistraux ayant trait aux fondamentaux des disciplines (biologie, physiopathologie, processus) qui sont dispensés par l'université Pierre et Marie Curie (PMC - Paris 13ème) aux étudiants de l'IFSI du CH Stell comme à ceux de 10 autres IFSI franciliens.

Les enseignements universitaires représentent près de 52 % de la formation initiale suivie par les étudiants en soins infirmiers.

Graphique n° 3 : Répartition des enseignements université-IFSI



Source : Équipe de contrôle à partir des données fournies par l'IFSI

L'établissement indique que l'UPMC prend en charge 20 unités d'enseignements dites contributives qui correspondent à 42 ECTS parmi les 54 unités d'enseignements du référentiel de formation. L'IFSI prend en charge 34 unités d'enseignements correspondants aux unités d'enseignement de savoir constitutifs des compétences infirmières, d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation et de méthodologie et de savoirs transversaux du référentiel de formation.

Tableau n° 15 : Répartition des ECTS par champ disciplinaire

Disciplines	ECTS	Disciplines	ECTS
Sciences humaines	15		
Sciences biologiques	27	Sciences contributives	42
Sciences infirmières, fondements	15		
Sciences infirmières interventions	25		
Posture professionnelle, intégration	26	Sciences et rôles infirmiers	66
Stages	60	Formation clinique	60
Unités transversales	12	Unités transversales	12
TOTAL	180	TOTAL	180

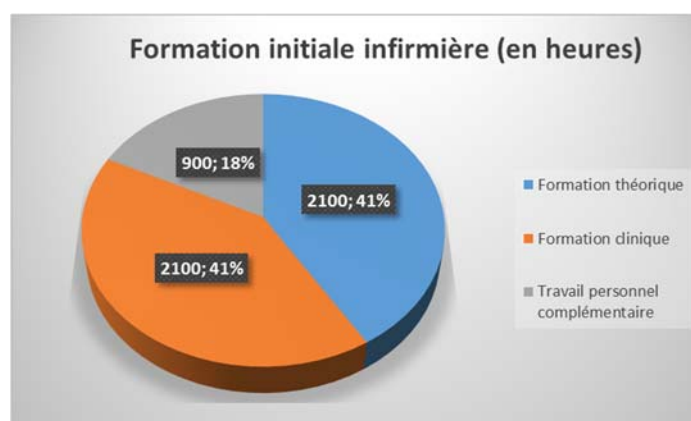
Source : CHDS

⁵⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Par ailleurs, l'université délègue l'enseignement pratique aux IFSI en lien avec les unités d'enseignement sous leur responsabilité, de la conception à l'animation. Néanmoins, la direction de l'IFSI de Rueil-Malmaison indique que le taux d'encadrement des étudiants ne permet pas, à l'heure actuelle, de réaliser le nombre d'heures de Travaux Dirigés (TD) défini par l'arrêté du 31 juillet 2009⁵⁵.

Concernant les cours magistraux, ces derniers s'organisent soit au sein de l'université Pierre et Marie Curie, soit en ligne via une plateforme informatique permettant d'avoir accès aux cours par le biais du logiciel spécifique. Cette plateforme propose des cours en vidéo ainsi que tous les supports de cours universitaires. Ces cours à distance sont identifiés dans l'emploi du temps des étudiants afin de leur permettre d'étudier en toute autonomie à domicile ou sur les postes informatiques dédiés au centre de documentation de l'IFSI.

Graphique n° 4 : Répartition des heures de la formation infirmière



Source : chambre régionale des comptes à partir de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État Infirmier

Pour l'évaluation universitaire, des groupes de coordination des unités d'enseignement mixtes IFSI/université ont été mis en place afin d'harmoniser les enseignements et de valider les sujets d'examen. Les universitaires corrigent les épreuves relevant des unités d'enseignement enseignés au sein de l'université, sans pour autant pouvoir le faire pour les enseignements relevant des TD exécutés en IFSI.

Un représentant de l'université est présent dans les commissions d'attribution de crédits (CAC) qui se prononcent chaque semestre sur l'attribution des ECTS⁵⁶ des unités d'enseignement enseignées.

L'IFSI de Rueil-Malmaison fait partie du groupement de coopération sanitaire « GCS Ile-de-France ». Ce dernier est l'interlocuteur des universités avec lesquelles il a passé une convention sans contrepartie financière. Selon la direction, « l'IFSI n'apporterait pas de ressources particulières au GCS hormis du temps de présence de sa directrice qui est membre du bureau du GCS ».

La coordination avec l'université nécessite tous les ans du temps dédié pour réajuster les enseignements. Au total, selon l'hôpital, la coordination avec l'université représente un coût global annuel de 4 600 € en charges de personnel (salaires bruts chargés). En effet, d'une part, la directrice de l'école et la coordinatrice pédagogique assistent aux commissions pédagogiques infirmières ainsi qu'aux réunions de coordination à hauteur de six journées par an pour chacune d'entre elles, présence chiffrée à 2 400 € à l'année. D'autre part, cinq cadres de santé formateurs sont membres ou coordinateurs de groupes de travail pour la co-

⁵⁵ Relatif au diplôme d'État d'infirmier.

⁵⁶ ECTS : (European Credits Transfer System), crédits permettant de valider les Unités d'Enseignement et les Compétences nécessaires d'acquérir pour obtenir son diplôme.

construction des unités d'enseignement universitaires (contenu des cours, TD et évaluations). Le temps de travail des deux coordonnateurs de groupes de travail représente cinq jours par an soit un coût global de 1 600 € annuels, et celui des trois membres d'autres groupes de travail suppose une présence de deux jours par an chacun soit un montant de 600 € annuels. Le coût global annuel du temps de présence des cadres pédagogiques est estimé à 2 200€.

Par ailleurs, l'université facture chaque semestre à l'IFSI les frais liés aux cours magistraux dispensés sur la période.

Tableau 15 : Frais payés par l'IFSI à l'université

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'Etudiants	210	225	264	300	292	298
Semestre 1	6363 €	6 277,95 €	5 029,20 €	7 782,00 €	7 542,00 €	7 720,00 €
Semestre 2	une facture pour l'année 2011	3 563,09 €	5 031,84 €	7 215,00 €	7 542,00 €	8 142,54 €
Coût annuel par étudiant	31,71 €	44,05 €	38,11 €	49,99 €	51,66 €	53,23 €
Total	6 363 €	9 841,04 €	10 061,04 €	14 997,00 €	15 084,00 €	15 862,54 €

Source : IFSI Rueil-Malmaison

Bien que depuis le début de la réingénierie des diplômes et la collaboration avec l'université, le nombre d'unités d'enseignement pris en charge pour les cours magistraux n'ait pas changé, à savoir 545 heures pour les trois années d'enseignement par promotion, les frais facturés par l'université ont augmenté de plus de 61 % en cinq ans.

Cette hausse s'explique partiellement par l'augmentation du nombre d'étudiants par promotion depuis 2014.

La chambre invite l'IFSI à mettre en place un contrôle adéquat pour s'assurer de la réalité du service fait.

Selon le directeur de l'établissement, « L'universitarisation est une avancée pour la formation des Infirmiers, qui permet d'inscrire cette formation dans le processus LMD (Licence Master Doctorat). Elle reste néanmoins incomplète. Les IDE accède au « Grade licence », et non pas à une « licence » pleine et entière. Aussi la poursuite des études en Master ou en Doctorat reste difficile pour les IDE et dans une filière autre que les « sciences infirmières », le plus souvent dans une autre discipline universitaire (sociologie, psychologie, santé publique, sciences de l'éducation...) et d'autre part par la problématique du financement de ces études supérieures par la promotion professionnelle. Cela pose également la question de la reconnaissance et de la valorisation financière et professionnelle de ces études supérieures qui aujourd'hui ne sont pas prises en compte.

Le partenariat avec l'université pose plusieurs difficultés (éloignement, temps de transports longs en Île-de-France, fatigue pour les étudiants...). Ce partenariat est consommateur de temps de coordination des enseignements pour l'équipe pédagogique qui n'a pas été pris en compte dans les coûts de la réforme (aucun moyen supplémentaire accordé dans notre IFSI dans ce cadre). Les enseignements universitaires sont dispensés soit en présentiel soit en FOAD.⁵⁷

⁵⁷ Formation ouverte et à distance.

Le développement de la recherche reste insuffisant pour les mêmes raisons, financement de la formation, de la recherche, temps dédié et absence de filière universitaire « sciences infirmières » pour permettre les recherches en sciences infirmières dans le cadre de Doctorat en sciences infirmières, et construire un corps professoral universitaire d'infirmières, pour prendre le relais des formateurs cadre de santé d'aujourd'hui, auprès de futures générations.

Enfin la qualité des enseignements scientifiques dispensés par l'université, permet d'envisager une première année commune pour tous les professionnels de santé avec un socle de connaissance commun ouvrant la possibilité aux étudiants d'accéder à des passerelles de formation, sont des atouts. Néanmoins une grande partie de la formation en IFSI est consacrée aux travaux dirigés qui nécessitent un nombre de formateurs plus important, là encore les moyens n'ont pas suivis. Le ratio nombre d'étudiants par formateurs à l'IFSI de Rueil est de 23 étudiants pour un formateur, supérieur au ratio recommandé de 20 étudiants pour 1 formateur, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences du référentiel de formation en ce qui concerne le nombre d'heures de travaux dirigés ».

4.2.2.2 Une formation initiale qui ne s'adapte qu'imparfaitement aux acquis des étudiants

L'entrée de la formation initiale infirmière dans le système LMD pouvait faire craindre un moindre accompagnement des étudiants sur le modèle des universités en première année. Toutefois, les trois années d'études restent encadrées par l'institut de formation qui est à taille humaine et qui assure un suivi personnalisé pour les étudiants accueillis malgré un ratio d'encadrement des étudiants de l'institut (un formateur pour 23 étudiants), pendant les périodes sous revue, inférieur à la recommandation européenne d'encadrement d'un formateur pour 15 étudiants.

Les étudiants bénéficient d'un bilan des compétences acquises à l'issue de chaque stage, préfigurant la suite de leur parcours en formation clinique. Au regard de ces bilans, l'IFSI adapte les propositions de terrains de stage en fonction du profil de l'étudiant notamment en fonction des stages déjà réalisés, des compétences à renforcer et du projet professionnel de l'étudiant.

Les étudiants issus de la promotion professionnelle sont dispensés du premier stage de cinq semaines (stage permettant l'acquisition des soins relevant du rôle propre de l'infirmier et qui s'avèrent être ceux délégués et effectivement réalisés par les aides-soignants). Ceci permet aux étudiants de disposer d'un temps de travail personnel complémentaire.

Selon la directrice, les formateurs sont insuffisamment accompagnés pour former des étudiants en grade licence et elle estime que ces derniers devraient avoir un niveau universitaire supérieur au grade licence, à savoir un niveau Master. Elle relève l'absence d'aide au financement qui freine la formation des formateurs.

Une collaboration entre l'université et l'IFSI pour la mise en place de la simulation en santé pour les personnels du centre hospitalier pourrait voir le jour. Ainsi, l'IFSI pourrait investir le champ de la formation continue des personnels soignants.

4.2.2.3 Un manque de reconnaissance des tuteurs de stage et infirmiers de proximité

La formation infirmière emprunte, par certains traits, au compagnonnage (ou formation par les pairs). Cela peut représenter une charge, comme un atout, pour l'hôpital et donne une importance réelle aux tuteurs de stage.

Ces tuteurs sont des professionnels diplômés qui participent sur le terrain (lieu de stages) à la formation pratique des étudiants en soins infirmiers. Ils sont sélectionnés sur la base d'un projet professionnel évoqué lors de l'entretien annuel d'évaluation. La candidature est ensuite validée par le cadre et par la direction des soins. Une formation spécifique intitulée « l'accompagnement des étudiants en stage » est organisée au sein de l'IFSI de Rueil-Malmaison. Le temps consacré par un tuteur au suivi d'un étudiant en soins infirmiers ne fait pas l'objet d'une valorisation financière. Toutefois, cette fonction de tuteur est prise en compte dans l'entretien annuel d'évaluation de l'agent et elle est retracée par écrit pour être valorisée qualitativement.

Les tuteurs de stage ont créé une charte de l'encadrement de l'étudiant infirmier. Un livret d'accueil à l'intention des stagiaires est en cours de réalisation.

L'établissement précise que « l'accueil des étudiants en stage fait partie des compétences de transmissions de savoir de l'infirmier. L'accueil de l'étudiant représente un avantage en termes de recrutement. La difficulté principale se situe dans la mise à disposition de personnel ayant les qualités requises pour l'encadrement en stage, c'est-à-dire avoir trois ans d'ancienneté dans la fonction et avoir suivie la formation. Cette problématique est liée à la petite taille de l'établissement ».

4.2.2.4 Le devenir des étudiants en soins infirmiers

La question de l'insertion professionnelle n'est réellement traitée par l'IFSI que depuis deux ans. En effet, depuis 2015, l'institut a mis en place un questionnaire d'enquête adressé par voie électronique aux promotions sortantes trois mois après leur diplôme.

Tableau n° 16 : Devenir des jeunes diplômés

	2015		2016	
	Nombre	%	Nombre	%
Nombre d'étudiants inscrits ou diplômés	97	100	93	100
Nombre d'étudiants ayant répondu	26	26,8	64	68,8
Nombre d'étudiants ayant trouvé un emploi en 1 mois	23	88,5	55	85,9
Nombre d'étudiants ayant trouvé un emploi en 3 mois	3	11,5	9	14,1
Total des étudiants ayant trouvé un emploi	26	100	64	100

Source : Données IFSI de Rueil-Malmaison

Concernant l'attractivité du centre hospitalier de référence, seuls deux étudiants ont indiqué avoir trouvé un emploi en son sein après leur scolarité et leur diplôme obtenu en 2016. Toutefois, faute de statistiques fiables, il est difficile de mesurer l'impact de l'embauche des jeunes diplômés issus de l'IFSI de l'établissement sur la politique de recrutement de l'hôpital, hormis pour le personnel en promotion professionnelle.

En effet, les personnels néo-diplômés sont soumis à un engagement de servir de cinq années au regard du financement de leur formation par leur établissement employeur.

Une fois les infirmiers en poste, une inadaptation temporaire se constate sur le terrain. Pour y remédier, des périodes d'intégration (plusieurs semaines) sont organisées pour décliner les acquis dans l'exercice quotidien infirmier. La directrice des soins précise que « les néo-diplômés sont parfois enclin à dévaloriser les tâches liées à leur rôle propre ce qui peut s'avérer problématique dans la collaboration infirmier/aide-soignant ».

4.2.3 Les aides financières limitées constituent un frein à l'entrée à l'IFSI

Pour les candidats externes, les quotas sont fixés au plan national pour chaque région et ces quotas sont répartis ensuite par IFSI sur décision du président du conseil régional.

L'IFSI de Rueil organise son propre concours et les sessions de préparation afférentes. Malgré cette formation de préparation, non proposée par l'ensemble des instituts de formation, le nombre d'inscrits au concours a diminué de 30 % en cinq ans (2011-2016).

Une enquête réalisée par le CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres) en avril 2017 montre une diminution des inscriptions aux concours IDE au niveau national de 17 % en deux ans (soit de 157 801 inscrits en 2015 à 137 437 inscrits en 2017).

Une des explications est sans doute liée à l'augmentation du coût de la formation à la préparation au concours de + 71,4 % (allant jusqu'à +157,1 % lorsque la prise en charge est réalisée par l'employeur ou un organisme) passant de 350 € à 900 €, même si le montant de l'inscription au concours n'a progressé que de 15,4 % entre 2011 et 2016. Cette progression semble d'autant moins compréhensible que, depuis 2012, le nombre de places par promotion a augmenté de plus de 50 %, passant de 66 à 100 étudiants par promotion.

L'établissement confirme que le recul des inscriptions à la préparation au concours peut être lié à l'augmentation du montant des droits d'inscription. En revanche, selon l'établissement, les coûts de la préparation au concours, demeurent bien inférieurs à ceux pratiqués par d'autres IFSI proches, même s'ils ont connu une forte augmentation.

Enfin, l'ordonnateur précise que les bacheliers auparavant demandeurs de ce type de préparation ne se présentent plus à cette dernière.

Tableau n° 17 : Accessibilité à la formation initiale

Tarifs des prestations IFSI	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ^{58} 2011/2016	
							En €	En %
Coût de la formation à la préparation au concours	350 €	350 €	500 €	500 €* 800 €**	500 € 800 €	600 € 900 €	+ 250 € + 550 €	+ 71,4 + 157,1
Montant du droit d'inscription au concours	78 €	78 €	80 €	80 €	86 €	90 €	+12 €	+ 15,4
Montant des droits d'inscription à la formation	174 €	177 €	181 €	184 €	184 €	184 €	+ 10 €	+ 5,7

Source : Données IFSI de Rueil-Malmaison * en individuel ** si PEC par organisme ou employeur

Le montant des droits d'inscription à la formation, fixés au niveau national, a augmenté de 5,7 % de 2011 à 2013 puis sont stables jusqu'en 2016 à 184 €.

L'IFSI de Rueil-Malmaison ne dispose pas de logements pour ses étudiants. Toutefois, en cas de situations économiques et sociales dégradées, il demeure possible d'attribuer, de façon provisoire un logement au sein du parc locatif de l'hôpital. Le CROUS⁵⁹ de Versailles via l'institut de formation propose différentes solutions de logement tant dans des cités universitaires que des résidences conventionnées. Les loyers varient entre 154,20 € et 537 € par mois en fonction des superficies (chambres, studios) et des aides accordées. Les villes de

⁵⁸ Variation.

⁵⁹ Centre régional des œuvres universitaires et scolaires.

Rueil-Malmaison, de Courbevoie et Nanterre (limitrophes) proposent plusieurs résidences privées pour étudiants ou jeunes actifs dans un rayon de cinq kilomètres et à 35 minutes de transports au plus, ce qui peut s'avérer attractif.

Au demeurant, l'IFSI fait la promotion de divers sites internet destinés à favoriser la rencontre entre offreurs immobiliers et étudiants. Enfin, l'école dispose d'un intranet dédié pour les étudiants en recherche d'un logement.

L'IFSI oriente les étudiants vers la caisse d'allocations familiales pour pouvoir bénéficier d'aides au logement (aide personnalisée au logement ou allocation logement à caractère social). De plus, le statut d'étudiant permet d'accéder aux bourses d'études (en fonction de critères sociaux et en fonction des revenus des parents) attribuées par le CROUS. Par ailleurs, le conseil régional dispose d'un fonds régional d'aide sociale. Il permet d'attribuer aux étudiants en très grande précarité une allocation les aidant à poursuivre leurs études en formation continue sociale, paramédicale ou maïeutique dans un établissement agréé par la région.

Les demandeurs d'emploi reprenant leurs études dans le cadre d'un projet professionnel personnalisé ne pouvant plus prétendre à l'indemnisation par l'allocation de l'assurance chômage peuvent percevoir l'allocation d'aide au retour à l'emploi-formation (AREF).

Enfin, certains établissements hospitaliers dont le centre hospitalier Stell proposent des contrats d'allocation d'études (CAE) en contrepartie d'engagement à servir en fonction des besoins de recrutement. L'hôpital précise ne pas octroyer d'aides financières aux étudiants en IFSI.

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

ADELI	Automatisation des Listes
ALD	Affection Longue Durée
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des EPS
ANFH	Agence Nationale pour la Formation Permanente du personnel hospitalier
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAA	Cour Administrative d'Appel
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CGT	Confédération Générale du Travail
CH4V	Centre Hospitalier des 4 Villes
CHDS	Centre Hospitalier Départemental Stell
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CGS	Coordinatrice Générale des Soins
CME	Commission Médicale d'Établissement
CPF	Compte Personnel de Formation
CRP/A	Compte de Résultat Principal/Annexe
CRUQPEC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Comité Technique d'Établissement
D3S	Directeur(trice) d'Établissement Sanitaire, Social et médico-Social
DIF	Droit Individuel à la Formation
DPC	Développement Personnel Continu
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directrice des Soins
DUER	Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels

EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG	Évènement Indésirable Grave
EP	Études promotionnelles
EPS	Établissement Public de Santé
EPT	Équivalent Temps Plein
ETPR	Équivalent Temps Plein Rémunéré
ESI	Étudiant(s) en Soins Infirmiers
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FI/FE	Formation Interne/Formation Externe
FF	Faisant Fonction
FOAD	Formation Ouverte à Distance
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IDF	Île-de-France
IFA	Institut de Formation d'Ambulanciers
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFAP	Institut de Formation d'Auxiliaires de Puériculture
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFP	Institut de Formation de Psychomotriciens
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRMT	Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
LMD	Licence-Master-Doctorat
MC	Médecine et Chirurgie
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
ORS	Observatoire Régional de Santé

PAPRIPACT	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PL	Établissement Privé à But Lucratif
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPCR	Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations
PTR	Plateau Technique de Rééducation
QVT	Qualité de Vie au Travail
RESAH	RÉSeau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSR CV	Soins de Suite et de Réadaptation Cardio-Vasculaires
SSR G	Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques
SSR NG	Soins de Suite et de Réadaptation Neuro-Gériatriques
SSR NO	Soins de Suite et de Réadaptation Neuro-Orthopédiques
TAA	Tarifification À l'Activité
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TPER	Tableau Permanent des Emplois Rémunérés
UF	Unité Fonctionnelle – Unité de Formation
UGA	Unité de Gériatrie Aiguë
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

REPONSE

de Monsieur le directeur du centre hospitalier
départemental Stell (*)

() 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.*

Rueil-Malmaison, le 13 juin 2018

DIRECTION GENERALE

NOS/REF. : YL/ASP/OD/2018-091

VOS/REF. : 2018-091

RAR N° 1A 144 429 1460 3



Chambre Régionale des Comptes
Monsieur Le Président
Monsieur Gérard TERRIEN
BP187 Noisiel
77315 MARNE LA VALLEE Cedex 2

nadia.dumoulin@crtc.ccomptes.fr

Objet : Réponse de l'ordonnateur du CHD STELL de Rueil-Malmaison à la notification du rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du CHD « Stell » cahier n° 1 « enquête personnels infirmiers pour l'exercice 2011 et suivants.

Contrôle N° : n° 2017-0068 N° /G/226/18-0237.

Pièces jointes : réponses de l'ordonnateur au rapport d'observation définitif (2 pages).

Affaire suivie par :
Yannick LORENTZ
☎ 01.41.29.90.21.

Directeur Général
Yannick LORENTZ
☎ 01.41.29.90.01

Attaché
D'Administration
Thibaut DELENEUVILLE
☎ 01.41.29.90.03

Assistante
Odile DEMONCHEAUX
☎ 01.41.29.90.01.

Fax : 01.41.29.90.09

direction@ch-rueil.fr

Monsieur Le Président,

Vous m'avez notifié par courrier du 15 mai 2018, reçu le même jour, le rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du CHD « Stell » cahier n° 1 « enquête personnels infirmiers ».

Je tiens à vous remercier pour les corrections apportées suite à mon courrier en date du 23 février 2018.

Conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des Juridictions Financières, je vous adresse en complément, ma réponse écrite aux observations du dit rapport.

J'ai bien pris note qu'un document final constitué du rapport et de ma réponse aux observations définitive me sera ensuite notifié et que suite à sa communication à l'Assemblée délibérante, dans les conditions prévues par l'article L243-6 du Code des Juridictions Financières, le document final deviendrait public et communicable à toute personne en faisant la demande.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma très haute considération.

Le Directeur

Yannick LORENTZ



REPONSES DE L'ORDONNATEUR

AUX OBSERVATIONS DEFINITIVES PORTANT SUR LE CONTROLE DES COMPTES ET DE LA GESTION DU CHD STELL de RUEIL-MALMAISON

CAHIER N°1 : « Enquête sur le personnel infirmier à l'hôpital » pour l'exercice 2011 et les suivants.

Réponse à la recommandation n°1 : procéder à une évaluation objective de la charge de travail infirmière :

§ 2.2.1 :

L'établissement n'utilise plus la méthode des SIIPS depuis 2011. En effet, les SIIPS mesurent essentiellement la technicité en soins infirmiers par le biais d'une évaluation chiffrée. L'établissement met en avant l'aspect purement quantitatif de cette méthode donnant lieu à une cotation en soins. Celle-ci ne représente pas la prise en soin globale du patient par l'IDE tel que décrit aux articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique.

Reconnaissant toutefois l'intérêt d'une évaluation régulière de la charge de travail des IDE, tel que souligné par la Chambre, le CHD Stell propose d'évaluer dès 2019, les soins directs (techniques) et les soins indirects (liés aux aspects cliniques, de formation, de travail institutionnel, et autres) également prodigués par l'infirmier.

Réponse au rappel au droit n°1 : supprimer l'octroi d'heures supplémentaires irrégulières aux personnels infirmiers pour le temps d'habillage et de déshabillage :

§ 3.1.1 :

Le Comité Technique de l'Etablissement du 1er février 2018 a voté à l'unanimité la suppression de la rémunération des heures supplémentaires d'habillage et de déshabillage.

Comme souhaité par la Chambre, il sera prévu avant la fin de l'année, une mise à jour du guide du temps de travail ainsi qu'un avenant au protocole ARTT.

Par ailleurs, l'ordonnateur précise qu'en application du guide du temps de travail, seuls les agents infirmiers travaillant de jour et en 12 h bénéficient de l'indemnisation en heures supplémentaires, à l'exclusion des IDE de nuit, de l'EHPAD, des consultations externes et de l'Hôpital de Jour, limitant ainsi le surcoût de ce dispositif à 20.000 euros en moyenne, par an.

Réponse au rappel au droit n°2 : actualiser annuellement le PAPRI Pact

§ 3.2.2 :

Le Papripact sera désormais actualisé annuellement et ce, dès 2018.

Par ailleurs, comme le note la Chambre, il est vrai que le taux d'absentéisme IDE a été en 2016 supérieur au taux d'absentéisme global du personnel non médical. Cependant, la moyenne d'âge des infirmiers est relativement jeune, ce qui explique la proportion d'un absentéisme élevé principalement dû à la maternité :

En 2016, sur les 2 006 journées d'absences IDE, **40,5 % concernent la maternité.**

De même, sur les 1554 journées d'absences AS, **13,2 % concernent la maternité.**

Enfin, les jeunes mères IDE font valoir un intérêt d'être en 12h dans leur organisation personnelle.

Réponse à la recommandation n°4 : mettre en place au sein du plan de formation institutionnel un volet spécifique au personnel infirmier.

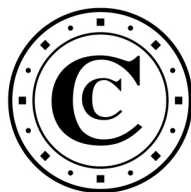
Cette recommandation sera mise en œuvre dès 2019, dans le cadre du plan de formation réalisé en commun avec le Groupement Hospitalier de Territoire des Hauts de Seine, auquel appartient l'établissement.

Fait à Rueil Malmaison, le 13 juin 2018

Le Directeur

Yannick LORENTZ





« 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 d'Île-de-France :
www.ccomptes.fr/ile-de-france

Chambre régionale des comptes d'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/ile-de-france