



Ressources humaines en santé : restaurer les capacités d'action du système de soins

Collection Les notes d'Asclépios – septembre 2026

TABLE DES MATIÈRES

RESUME EXECUTIF	3
PRINCIPALES PROPOSITIONS	4
LISTE DES SIGLES	5
INTRODUCTION	6
I. QUELQUES CONSTATS	7
II. RENFORCER LA PLANIFICATION EN RESSOURCES HUMAINES	8
III. MENER DES ACTIONS OPERATIONNELLES POUR RENFORCER LA PERFORMANCE ET LA QUALITE DE VIE DES PERSONNELS	9
1. RESTAURER LA FONCTION ET LES OUTILS MANAGERIAUX	10
2. RENFORCER L'ADEQUATION DES RESSOURCES HUMAINES AUX BESOINS EN SANTE	11
3. DONNER LES BONNES INCITATIONS POUR UNE MEILLEURE PRODUCTIVITE	11
4. METTRE EN PLACE UN VRAI PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	12
5. SIMPLIFIER LE QUOTIDIEN DES SOIGNANTS	13
IV. FLUIDIFIER LES PARCOURS PROFESSIONNELS ET DYNAMISER LES METIERS	14
1. VERS PLUS DE MOBILITE PROFESSIONNELLE	15
2. VERS DES TRAJECTOIRES DE PROGRESSION PLUS FACILES POUR LES PARAMEDICAUX	16

Résumé exécutif

Les tensions qui affectent aujourd'hui les ressources humaines en santé et dans le secteur médico-social ne relèvent plus uniquement d'un déficit de professionnels. Elles traduisent une transformation profonde du travail soignant, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, de l'évolution des aspirations des nouvelles générations de professionnels et d'organisations qui peinent à s'adapter à ces mutations.

Dans ce contexte, continuer à augmenter le nombre de professionnels formés ne saurait constituer une réponse suffisante si le système ne parvient pas à mieux fidéliser les soignants, à réduire les abandons de carrière et à utiliser plus efficacement le temps disponible. L'enjeu n'est pas seulement démographique : il est aussi organisationnel et managérial.

Cette note défend l'idée qu'une politique ambitieuse de ressources humaines doit poursuivre quatre objectifs complémentaires.

Le premier consiste à mieux connaître les besoins du système de santé en renforçant les capacités de pilotage et d'anticipation. La France ne dispose aujourd'hui ni d'une vision suffisamment précise des parcours professionnels des soignants, ni d'outils prospectifs permettant d'adapter durablement les politiques de formation aux évolutions des besoins de santé.

Le deuxième vise à mieux valoriser le temps soignant en agissant sur l'ensemble des facteurs qui contribuent aujourd'hui à sa dilution : baisse d'attractivité des métiers quel que soit le mode d'exercice (salariat ou libéral), insuffisance des pratiques managériales, recours structurel à l'intérim, absentéisme, accidents du travail, poids croissant des tâches administratives ou encore manque d'outils numériques adaptés. L'amélioration de la qualité de vie au travail constitue à cet égard un levier majeur de performance pour le système de santé.

Le troisième objectif est de rendre les parcours professionnels plus attractifs, plus souples et plus évolutifs. La fidélisation des professionnels suppose de faciliter les mobilités, de reconnaître davantage les compétences acquises tout au long de la carrière, de développer les passerelles entre métiers et entre modes d'exercice, et de mieux accompagner les évolutions professionnelles dans un contexte de transformation rapide des organisations de soins.

Enfin, cette note invite à dépasser une approche strictement statutaire des ressources humaines pour construire une véritable stratégie nationale d'attractivité des métiers du soin. Celle-ci doit reposer sur une meilleure articulation entre les politiques de formation, les pratiques managériales, l'organisation du travail, les innovations numériques et les évolutions des métiers, afin de garantir durablement la capacité du système de santé à répondre aux besoins croissants de la population.

Les propositions formulées visent à faire des ressources humaines l'un des principaux leviers de transformation, de performance et de soutenabilité du système de santé.

Qui sommes-nous ?

*Think-tank spécialisé dans la santé, le **Cercle Asclépios - santé pour tous** est une fondation abritée par FACE, la fondation pour l'inclusion.*

Son objet est d'élaborer une plateforme santé à horizon fin 2026, en associant l'ensemble des acteurs publics et privés de la santé.

www.cercle-asclepios.fr
[Retrouvez-nous sur LinkedIn](#)

Principales propositions

Les principales mesures portées par cette note sont :

- ⇒ Créer un tableau de bord national des postes vacants, démissions et abandons de carrière et donner à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) les moyens de publier des scénarios d'évolution.
- ⇒ Former systématiquement les médecins, infirmiers et cadres de santé au management avec des modules en formation initiale et en formation continue.
- ⇒ Diversifier fortement les profils des cadres dirigeants à l'hôpital public en envisageant la fin des entrées dans le corps des directeurs d'hôpitaux et l'ouverture systématique des recrutements hors corps dans les hôpitaux publics.
- ⇒ Réduire massivement les tâches administratives grâce à la simplification et à l'IA avec une stratégie nationale.
- ⇒ Limiter le recours structurel à l'intérim et revaloriser les équipes fixes en assouplissant les règles statutaires et du code du travail. Utiliser la DSN pour lutter contre la fraude.
- ⇒ Assouplir l'organisation du temps de travail pour en faire un levier salarial et développer l'exercice mixte.
- ⇒ Déployer un plan national de prévention des accidents du travail et des troubles musculo-squelettiques.
- ⇒ Simplifier drastiquement la VAE et fluidifier les passerelles professionnelles.
- ⇒ Faciliter l'intégration des IDE diplômés hors Union européenne.

Liste des sigles

AMC	Organismes complémentaires d'assurance maladie
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
AT/MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CPS	Carte de professionnel de santé
DPC	Développement professionnel continu
DPI	Dossier patient informatisé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DSN	Déclaration sociale nominative
EPI	Équipements de protection individuelle
FPH	Fonction publique hospitalière
GHT	Groupe hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJSS	Indemnités journalières de sécurité sociale
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
TMS	Troubles musculosquelettiques
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Introduction

Les tensions sur les ressources humaines constituent aujourd'hui l'un des principaux facteurs de fragilisation du système de santé et du secteur médico-social. Elles tiennent en une formule : le sentiment de voir moins de soignants disponibles là où les besoins sont les plus aigus, et davantage de temps soignant potentiel absorbé hors du soin.

Dans le même temps, les besoins de santé et donc les modalités de prise en charge des patients évoluent sous le double effet, aujourd'hui bien documenté, du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, pathologies mentales...).

Cette crise ne peut être analysée uniquement sous l'angle de la démographie médicale ou de la répartition territoriale des ressources. Elle reflète également une transformation profonde du travail soignant : alourdissement des tâches administratives, cadencement du quotidien du fait du virage ambulatoire, contraintes liées à la qualité et à la sécurité, évolution du rapport au temps de travail et à l'engagement sur le long terme auprès d'un même employeur, attentes accrues en matière d'autonomie professionnelle, refus de certaines contraintes organisationnelles et administratives, recherche de conditions d'exercice plus collectives, organisation des prises en charge en réseau (ville-hôpital-médico-social), etc.

Parallèlement, on constate que là où les statuts (fonction publique, droit du travail ou libéral) et la valeur sociale des métiers dans le soin « compensaient » par le passé la relative faiblesse des rémunérations, nous sommes passés dans un monde où prime la recherche individuelle d'une rémunération supplémentaire par la sujétion (polyvalence, intérim...) conduisant à faire subir aux salariés fixes et aux employeurs les conséquences d'une permittence normalisée – c'est-à-dire de l'alternance entre périodes d'emploi, d'intérim, de vacances et d'inactivité, désormais largement installée dans certains métiers – dont tout le système pâtit.

Le système de santé doit désormais composer avec cette nouvelle réalité du travail soignant, faute de quoi l'écart entre besoins de santé – notamment au domicile et dans le médico-social – et ressources humaines disponibles continuera de se creuser. Nous prendrions le risque de gaspiller l'argent de la collectivité en continuant à augmenter massivement le nombre de candidats entrant en formation sur les métiers du soin sans parvenir à les fidéliser et les valoriser, dans un cercle vicieux qui conduira les autres professionnels en poste à s'épuiser pour compenser et faire tenir le système.

I. Quelques constats

Plusieurs indicateurs convergent pour illustrer la tension croissante entre la demande de soins et les capacités humaines du système de soins, sanitaire ou médico-social.

L'accès aux soins demeure très inégalement réparti sur le territoire. Selon la Drees, l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes atteint en moyenne 3,3 consultations par an et par habitant, mais les 10 % de Français les mieux dotés disposent d'un accès 4,1 fois supérieur à celui des 10 % les moins bien dotés¹.

Ces écarts se traduisent par de véritables zones de nonaccès aux soins. Environ 1,7 million de personnes vivent dans les territoires où l'accessibilité aux professionnels de premier recours est la plus faible, avec souvent plus de 10 à 15 jours d'attente pour un rendez-vous et jusqu'à 30 minutes de trajet pour consulter².

Les tensions se lisent également dans les parcours professionnels. Dans les instituts de formation en soins infirmiers, 10 % des étudiants abandonnent dès la première année, contre 3 % en 2011³. À l'hôpital, près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier dix ans après son entrée dans la profession⁴.

Les établissements de santé continuent par ailleurs de signaler des postes vacants significatifs. L'enquête 2024 de la Fédération hospitalière de France estime à 3 % le taux de postes vacants chez les infirmiers et 2,4 % chez les aides-soignants, avec un absentéisme moyen supérieur à 9 %⁵.

Enfin, la question de l'utilisation du temps soignant apparaît centrale. En médecine de ville, 80 % des médecins estiment que la part du temps consacré aux tâches administratives s'est accrue ces dernières années⁶. Plusieurs travaux estiment que 30 à 50 % du temps médical pourrait être consacré à des tâches non directement liées au soin.

Cette tension quantitative s'accompagne d'une évolution générationnelle du rapport au travail. Les enquêtes professionnelles montrent une aspiration croissante des jeunes professionnels à :

- un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle,
- des organisations de travail plus collectives,
- et paradoxalement, une plus grande demande d'autonomie dans l'exercice professionnel.

¹ Drees, indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).

² Drees, Études et Résultats n°1206.

³ Drees, Études et Résultats n°1266.

⁴ Drees, Études et Résultats n°1277.

⁵ Fédération hospitalière de France, Enquête RH hospitalières, 2024.

⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, consultation « Soigner demain », 2022.

Cette évolution contribue à réduire la disponibilité effective du temps soignant, à diversifier les organisations et à renforcer les attentes des professionnels. Aussi la gestion des ressources humaines constitue-t-elle aujourd'hui l'un des principaux facteurs de performance du système de santé, et à cet égard, les leviers managériaux – au sens très large – restent encore insuffisamment mobilisés⁷.

II. Renforcer la planification en ressources humaines

Aucune administration ni institution ne produit un objectif démographique soignant objectif. C'est regrettable. D'abord parce qu'il faut pouvoir nous projeter.

Cela étant dit, dire qu'une administration peut prévoir le bon nombre de soignants à former relève assurément du vœu pieux : les incertitudes sur les paramètres de la projection sont pour certaines indépassables (ruptures technologiques, robotique, évolutions thérapeutiques...), et il y a fort à parier que l'exercice reviendrait en première intention à confirmer l'existence d'un besoin sans fournir de levier opérationnel évident.

Mais en prenant la question à rebours : ces projections pourraient-elles permettre de signaler des alertes en cas de divergence significative – dans les deux sens – entre les cohortes formées et le besoin ?

De plus, l'enjeu de l'analyse diffère selon les métiers. La hausse continue du nombre de médecins formés ces dernières années, conjuguée au développement de l'IA, conduira sans doute à moyen terme à une pression moins forte sur le personnel médical que sur les ressources moins qualifiées (aides-soignants, aides à domicile, ...).

Enfin, former « trop » à défaut de savoir former bien ou « durablement » est assurément un des biais de notre système, et revient à gaspiller nos ressources. De ce point de vue, disposer de données détaillées en matière RH pour mieux comprendre les déterminants des choix professionnels des soignants est une urgence. On ne peut pas avancer sur ces questions sans savoir plus précisément de quoi l'on parle, ou en se contentant avec fatalisme d'invoquer les effets « générationnels ».

Il faut donc d'une part renforcer, sous l'égide de la Drees, la production d'indicateurs annuels consolidés sous forme de tableaux de bord sur les effectifs, les postes vacants, les mobilités professionnelles et la durée effective du travail⁸. Ces indicateurs doivent être accessibles de manière aussi contemporaine que possible et couvrir les champs sanitaire et médico-social, compte tenu de la porosité des besoins entre ces deux secteurs. Et enfin, ils doivent permettre de faire remonter des données agrégées relatives à l'attractivité des métiers, aux arrêts d'études, aux démissions, et au choix des contrats courts ou de l'intérim.

⁷ Cour des comptes, L'hôpital public, rapport thématique.

⁸ Des propositions concrètes sont présentées dans le rapport de l'Igas de mars 2025 « Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social ».

Il faut d'autre part renforcer, sous l'égide de la Drees et de l'ONDPS, la capacité prospective (quantitative et qualitative) sur les métiers, afin d'adapter en permanence l'appareil de formation. Des scénarios prospectifs devraient être établis, tenant compte des impacts possibles de l'innovation sur les métiers et les compétences. Ces travaux techniques mériteraient d'être discutés à intervalles réguliers avec des experts et les parties prenantes du secteur de la santé, dans le cadre de groupes de travail du Haut-commissariat à la stratégie et au plan.

Enfin, ces travaux d'études doivent nourrir la décision et la mise en œuvre opérationnelle, ce qui suppose un pilotage interministériel renforcé, la coopération des principaux ministères concernés (Santé et affaires sociales, Travail, Enseignement supérieur) et la bonne articulation avec les acteurs et financeurs de la formation.

Synthèse des mesures

- Produire des indicateurs sur les postes vacants, départs / démissions et documenter les causes des sorties.
- Renforcer les capacités prospectives de la Drees et de l'ONDPS (ville-hôpital-médico-social) sur les différentes catégories de professionnels de santé.
- Discuter les scénarios prospectifs dans le cadre du Haut-commissariat à la stratégie et au plan.

III. Mener des actions opérationnelles pour renforcer la performance et la qualité de vie des personnels

On n'a jamais tant formé, les prises en charge sanitaires se « déshospitalisent » progressivement, la technique se perfectionne, et pourtant le besoin RH n'a jamais semblé aussi aigu. Aussi faut-il poser la question de la performance RH du système. Dit autrement, la pénurie est « opérationnelle » plutôt que « démographique ». Sont interrogées la capacité des acteurs à utiliser efficacement le temps disponible, à éviter d'en « gaspiller » en désorganisation, absentéisme ou démissions, et celle du système à valoriser et inciter au travail.

Si la réglementation donne le cadre – et si celui-ci est sans doute perfectible en matière de leviers donnés aux managers, dans la fonction publique tout particulièrement –, une part importante de la performance de la gestion RH réside avant tout dans l'opérationnel et les compétences des managers sur le terrain. Les situations ne sont d'ailleurs pas homogènes et montrent qu'il n'y a pas de fatalité, que l'on peut agir pour renforcer la performance et la qualité de travail de professionnels de santé.

1. Restaurer la fonction et les outils managériaux

On ne compte plus les rapports qui soulignent que la formation au management demeure insuffisante dans les formations de santé. C'est vrai, le management n'est pas enseigné aux futurs soignants (notamment aux jeunes médecins) à qui on n'apprend guère que l'exercice solitaire pour ne pas dire compétitif ; il n'est que peu enseigné aux futurs managers administratifs, qui sont davantage juristes et planificateurs que managers ; il n'existe pas d'incitations suffisantes pour différencier et valoriser des déroulements de carrière et des pratiques professionnelles.

Il faut donc en premier lieu intégrer l'enseignement du management obligatoirement dans les formations médicales, avec des modules sanctionnés par des évaluations comptant dans la validation des diplômes universitaires. Cela est nécessaire tant pour la ville, où l'exercice collectif est assurément l'avenir, que pour l'hôpital.

Il faut en second lieu diversifier le profil des cadres dirigeants dans les sphères publiques comme privées, en arrêtant les nouvelles entrées dans le corps des directeurs d'hôpitaux voire en le supprimant, pour ouvrir l'accès aux postes de directeurs à l'hôpital public à des managers issus d'autres secteurs, à des soignants en deuxième partie de carrière, ou à des entrepreneurs. Il serait également utile de s'assurer de leur formation continue, par exemple en intégrant des formations obligatoires contrôlées lors des certifications.

À rebours des corporatismes et contrairement à certaines idées reçues, la santé est un secteur où les enjeux RH (attractivité, fidélisation, dialogue social, management de proximité, autonomisation des équipes) ne diffèrent finalement pas si radicalement – ou en tout cas ne devraient pas différer – d'autres secteurs de l'économie.

À cet égard, le secteur de la santé aurait beaucoup à gagner à s'inspirer des techniques de management qui ont fait leurs preuves pour faire fonctionner de grandes organisations complexes. Un management apte à catalyser les compétences de chacun au service du collectif, en étant axé sur le développement continu des personnes pour leur permettre de progresser dans la réalisation de leurs missions. Les bases de ce management sont largement connues. Il s'agit essentiellement pour le manager :

- D'aller très régulièrement sur le terrain pour mieux comprendre les problèmes qui se posent concrètement ;
- De clarifier, affirmer et incarner les objectifs poursuivis qui doivent toujours être dirigés vers le patient et son entourage ;
- D'encourager la coopération en mettant en place des espaces d'apprentissage, à tous les niveaux de l'organisation (depuis l'équipe de base jusqu'en haut de la hiérarchie) afin de développer la pratique de la résolution de problème au quotidien ;
- D'être garant des fondamentaux de toute activité professionnelle (notamment la sécurité des personnes) et de créer une ambiance de travail propice au soutien mutuel et à l'apprentissage (exempte de blâme, encourageant l'initiative, même (surtout) en cas d'échec, récompensant l'engagement, s'impliquant dans la résolution des conflits).

2. Renforcer l'adéquation des ressources humaines aux besoins en santé

Le bon niveau de mobilisation des ressources humaines par rapport à l'activité effective ou au besoin n'est pas toujours assuré, qu'il s'agisse de réduire les effectifs d'un service partiellement plein, ou de les relever dans un service où la charge en soins est plus élevée qu'à l'accoutumée – avec un enjeu de taille critique des structures qu'il faut calibrer au bon niveau. Des outils de pilotage permettent d'avoir une vision globale sur le besoin ; ils doivent être déployés de manière opérationnelle et en routine par l'encadrement.

Ce pilotage doit permettre de donner sa place normale à l'intérim, à savoir la gestion des cas exceptionnels de vacances, les périodes de suractivité ponctuelle, ou le remplacement de l'absentéisme inopiné, là où aujourd'hui, il est souvent la solution à la désorganisation, et l'instrument d'une polyvalence subie (postes « bouche trous ») par les soignants fixes et les employeurs, termes d'un jeu à sommes négatives pour la productivité du système.

Pour réussir ce pilotage, il faut savoir manager : être à l'écoute des soignants, promouvoir l'autonomie des équipes, être agile et savoir ajuster les choses vite, savoir faire preuve d'autorité mais également pouvoir être en soutien dans les périodes de tension et accompagner la polyvalence. On en revient au point précédent, sans qu'une politique publique puisse apporter une solution toute faite – malheureusement.

3. Donner les bonnes incitations pour une meilleure productivité

Le cadre de gestion doit être ajusté pour donner les bonnes incitations et les bons outils managériaux. L'intérim et la permittence se sont récemment développés, malgré les tentatives plus ou moins fructueuses d'encadrement voire d'interdiction, à la faveur sans doute à la fois de la rareté des ressources qui a permis à ce système de se développer, et d'aspirations générationnelles à plus de liberté et d'autonomie. Il n'est pas interdit de penser que les insuffisances des organisations à donner du sens puissent parfois jouer un rôle. On ne peut pas complètement évacuer non plus – mais le sujet est bien trop large pour être traité dans ce cadre – la question de l'indemnisation du chômage, en particulier pour des métiers en tension, ou du contrôle et des règles applicables aux arrêts maladie. On peut enfin y voir une manière, pour des professions dont les contraintes sont importantes et les salaires encore bas malgré le Ségur, de gagner plus, l'intérim et la vacation étant également la traduction d'une polyvalence accrue et d'un temps de travail dépassant largement – par période – la durée légale du travail.

Ces tentatives modestes d'explication, sans doute incomplètes, ne doivent toutefois pas conduire à fermer les yeux sur les conséquences très déstabilisatrices de ces nouvelles pratiques dans les services ou les structures de soins.

Plusieurs leviers peuvent être activés, pour réduire les incitations à l'intérim, à la permittence et encourager la productivité du système :

- Inciter aux heures supplémentaires plutôt qu'à l'intérim par accord local, de branche ou même national ;

- Pour les fonctionnaires, permettre les vacations de manière simplifiée dans les établissements du ressort du GHT – quel que soit le statut de ces derniers – et ouvrir l'exercice mixte aux personnels soignants à l'instar des dispositions qui existent pour les praticiens hospitaliers ;
- Assouplir les règles relatives à l'organisation du temps de travail (cycles longs, postes en 12 heures, semaines compressées de 3 ou 4 jours) – sans obérer les risques professionnels associés à ces organisations et en y réfléchissant conjointement avec les règles relatives à la durée du travail et à l'effectivité des contrôles sur cette dernière ;
- Assouplir et flexibiliser les règles relatives à la durée hebdomadaire et annuelle du travail ;
- Simplifier les dispositifs indemnitaires dans le public afin de donner aux managers de proximité des outils de reconnaissance financière et extra-financière aux salariés fixes ou vacataires réguliers ; la simplification des régimes indemnitaires, qui doit être mise en place de manière ambitieuse, facilitera la communication sur la rémunération des personnels soignants fonctionnaires aujourd'hui rendue illisible par la multiplicité des primes, parfois complètement obsolètes ;
- Permettre la valorisation contractuelle de l'activité des médecins, en supprimant les règles d'interdiction des clauses contractuelles « à l'activité » dans les contrats de travail des médecins ;
- Adapter les contenus de formation pour acculturer les médecins en particulier au travail en équipes pluriprofessionnelles et collaboratif, centré autour du patient et de la prise en charge, plutôt que de la répartition des compétences ;
- Pour les libéraux, assouplir les règles organisationnelles : simplifier les remplacements, permettre les reversements d'honoraires, faciliter l'exercice multisite en réduisant drastiquement les régimes d'autorisation ordinaire pour passer à du déclaratif – en ce sens, une réflexion approfondie sur le statut de l'exercice libéral est sans doute à conduire dans un cadre distinct.

4. Mettre en place un vrai plan national de lutte contre les accidents du travail

Si la « flexibilisation » se fait déjà aujourd'hui dans les interstices permis par le système, elle se fait avec insuffisamment d'encadrement. Résultat : le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans le secteur sanitaire et médico-social est effarant – au point que les cotisations d'une partie du secteur sont abaissées par rapport à ce qu'elles devraient être si elles reflétaient la réalité de la sinistralité. Ces accidents du travail et maladies professionnelles qui concernent principalement les professions les moins qualifiées pourraient être largement prévenus avec des gains collectifs importants : un point d'absentéisme coûte plusieurs centaines de millions d'euros à la collectivité.

Le secteur sanitaire et médico-social présente de graves lacunes en matière de santé-sécurité au travail :

- Culture de la prévention : utilisation des équipements de protection individuelle (EPI), présence de préventeurs, ergothérapie et formation aux gestes de prévention ou de posture, utilisation de matériel (lève-malade) ;

- Prise en compte des fins de carrière : quasi aucun dispositif d'aménagement, pas de stratégie de reconversion en cours de carrière pour allonger la période d'activité ;
- Prise en compte des risques psychosociaux : la polyvalence demandée aux soignants dans le cadre de prises en charge de polypathologies, l'ajustement des effectifs à l'activité, la charge de travail en hospitalisation de jour, la violence verbale ou physique accrue de la part des patients ou des familles, les lourdeurs administratives... ces éléments constituent une source évidente de risques professionnels sur lesquels trop peu d'actions efficaces sont mises en œuvre.

Il n'y a pas de solution miracle ni immédiate, mais une gamme très large d'actions devrait être entreprise sans tarder et l'implication des ARS dans le suivi de leur mise en œuvre réaffirmée. Sans regard de l'autorité de tutelle, les pratiques risquent en effet d'être très hétérogènes d'un établissement à l'autre :

- Prévoir la remontée progressive des cotisations ATMP pour inciter les employeurs à s'intéresser au sujet de leur sinistralité, avec de la visibilité et le temps de se préparer – quitte à sanctuariser les ressources dégagées et les intégrer dans des dispositifs comme les CLACT, qui fonctionnent bien sur le terrain, et développer les partenariats de prévention entre les établissements publics et la branche ATMP ;
- Obliger à l'affichage des résultats d'accidentologie ou de la sinistralité ;
- Conduire des actions de prévention à embarquer dans les certifications HAS ;
- Créer une offre de check-up régulière pour tous les professionnels de santé, salariés, fonctionnaires ou libéraux, avec un suivi renforcé pour les personnels de nuit ;
- Généraliser des programmes de prévention des troubles musculo-squelettiques ;
- Mettre en place un suivi systématique des arrêts longs avec une obligation d'entretiens de suivi réguliers ;
- Mettre en place des préventeurs au sein des DRH, voire rattachés aux directions générales, chargés du suivi des risques professionnels ;
- Encourager la mise en place de référents en charge de l'accueil et de l'intégration des nouveaux recrutements médicaux comme paramédicaux ;
- Créer des équipes santé au travail pluriprofessionnelles (médecin/infirmier) ;
- Engager une négociation autour de l'emploi des seniors, au niveau national, couvrant l'ensemble des secteurs sanitaire et médico-social.

Le dialogue social devrait être le lieu de la discussion autour de ces sujets, impliquant les acteurs et en prenant le temps d'une négociation interbranche.

5. Simplifier le quotidien des soignants

La réduction des tâches administratives constitue l'un des leviers les plus immédiats pour augmenter les capacités du système de santé.

À court terme, plusieurs mesures pourraient être engagées :

- simplifier certaines obligations documentaires liées au PMSI et aux procédures de facturation (simplification de l'échelle tarifaire, simplification des financements, généralisation de la télétransmission aux AMC, simplification des modalités de calcul

du reste à charge...). Il s'agit d'un travail de fond dont le lien aux RH peut sembler indirect, mais dont les impacts sur les organisations sont rarement pris en compte par le régulateur ; une partie des simplifications repose sur la bonne intégration des outils dans les logiciels hospitaliers ;

- orienter les aides publiques à l'investissement vers les outils permettant de réduire la charge administrative, et intégrer dans les critères des marchés publics des éléments relatifs à l'expérience utilisateur ;
- automatiser la rédaction des comptes rendus médicaux et des lettres de liaison grâce à l'intelligence artificielle ;
- simplifier les processus administratifs d'inscription / d'autorisation d'exercice des professionnels libéraux.

Synthèse des mesures

- Former les managers, y compris les professionnels de santé, au management et au travail collectif.
- Ouvrir les postes de managers hors fonction publique et revoir le statut du corps des directeurs d'hôpitaux.
- Réduire le recours structurel à l'intérim et favoriser les équipes fixes, le cas échéant par la voie salariale, et en renforçant les contrôles par le croisement des données de la DSN et des IJSS.
- Assouplir les règles relatives à l'organisation du temps de travail et développer l'exercice mixte.
- Poursuivre la simplification indemnitaire dans le public et la flexibilisation des rémunérations à la performance ou à l'activité dans l'ensemble du secteur.
- Déployer un plan national de prévention des AT/MP et des risques psychosociaux.
- Réduire les tâches administratives grâce à la simplification et à l'IA.
- Mettre en place un plan d'action de simplification des démarches d'installation et d'activité de soins en lien avec une réduction massive des régimes d'autorisation préalable au bénéfice de régimes de déclaration, notamment sur les sujets ordinaires.

IV. Fluidifier les parcours professionnels et dynamiser les métiers

La rigidité des parcours professionnels constitue un frein à l'attractivité et surtout à la fidélisation des métiers du soin.

Rigidité verticale, avec des progressions difficiles : peu de progression salariale au sein des métiers, peu de capacité d'évolution d'un métier à l'autre et manque de perspectives de long terme à l'entrée, difficulté des spécialisations diplômantes du fait des coûts de formation et des durées d'interruption de carrière, et faible reconnaissance des spécialisations non-

diplômantes dans un paysage extrêmement corseté par les diplômes d'État, les décrets de compétences et les approches corporatistes.

Rigidité horizontale également, avec une segmentation ville/hôpital encore très lourde ; une segmentation entre les secteurs public, privé lucratif et privé non lucratif, dont le statut ou les conventions collectives diffèrent, et en définitive une mobilité professionnelle peu développée.

1. Vers plus de mobilité professionnelle

Sans proposer la suppression globale du statut de la fonction publique hospitalière – dont une bascule vers le droit du travail ne résoudrait pas tous les problèmes d'un coup de baguette magique –, nous pouvons d'ores et déjà proposer :

- De développer la validation des acquis de l'expérience, mais surtout en simplifier drastiquement les modalités : pour les métiers qui ne sont pas sanctionnés d'un diplôme d'État, la VAE pourrait être décernée de façon plus décentralisée, en lien avec les managers de proximité, avec une procédure déclarative allégée et sans nécessairement réunir de jury ni imposer des dossiers qui rebutent les meilleures volontés ;
- Dans un contexte de fortes tensions sur les métiers infirmiers, il pourrait être envisagé de faire évoluer les modalités d'accès à l'exercice pour les infirmiers diplômés hors Union européenne, permettant une reconnaissance partielle des compétences déjà acquises et un parcours individualisé de mise à niveau, plutôt qu'une reprise intégrale des trois années de formation infirmière (les formations du Maroc, de la Tunisie ou du Liban sont souvent évoquées) ;
- De continuer d'expérimenter des parcours accélérés entre certaines professions (par exemple aides-soignants vers infirmiers, passerelle qui a été créée récemment mais de manière trop timide et sans s'appuyer suffisamment sur le terrain d'origine des candidats et sans communication nationale et régionale suffisante) ;
- De renforcer l'intérêt des employeurs à la formation, dont le financement reste lourd et loin d'être entièrement solvabilisé par les différents dispositifs. La généralisation des « clauses de dédit-formation / contrats d'engagement » permet d'avoir un engagement juridiquement contraignant sur la durée dans l'emploi en contrepartie du financement de la formation par l'employeur. La mutualisation des financements (employeur, branche, auto-financement par le compte personnel de formation) est également à développer ;
- Accorder une attention particulière à la mise en place de la certification qui doit permettre de valider tout au long du parcours professionnel les compétences des professions dotées d'un ordre. Il faut éviter la complexité du DPC qui ne s'est pas déployé comme attendu.

La question de la rémunération des médecins est également un facteur limitant la mobilité et la diversification de parcours professionnels : la différence des statuts, des durées de travail, des modalités de facturation, autant que la faible dynamique de la révision des nomenclatures et une certaine lourdeur du cadre conventionnel sont autant de facteurs de rigidité, de

morcellement et de sources d'incompréhension voire de sentiment d'iniquité. Une simplification pourrait être étudiée, en se fondant sur une approche unique de rémunération à l'activité / productivité, ouvrant la question difficile des dépassements d'honoraires des professionnels libéraux, et celle de la rémunération indexée à l'activité pour les hôpitaux publics ou privés.

2. Vers des trajectoires de progression plus faciles pour les paramédicaux

L'évolution des besoins de santé et des métiers soignants invite à faire évoluer l'organisation des carrières infirmières vers un modèle davantage fondé sur les compétences, les parcours et les niveaux d'expertise, avec des mécanismes plus souples de reconnaissance, de consolidation et d'évolution professionnelle.

Les différents métiers infirmiers méritent d'être mieux reconnus (un infirmier de coordination n'a pas les mêmes compétences qu'un infirmier de réanimation ou qu'un infirmier de gériatrie). Des parcours professionnels doivent pouvoir être identifiés (en premier lieu par le répertoire national des métiers de la FPH qui est relativement pauvre sur le métier infirmier) et construits dans les établissements de santé ou médico-sociaux. Les régimes indemnitaires doivent dans ce cadre être refondus pour permettre de mieux reconnaître les compétences.

La question de la spécialisation et de la pratique avancée est un sujet épineux : les uns estimant que c'est un progrès, les autres critiquant l'insuffisance de la montée en charge, souvent au motif d'un modèle économique introuvable. D'autres encore, à notre avis de manière moins justifiée, craignent une concurrence. La question est évidemment centrale du point de vue de l'organisation des soins et des modèles d'exercice pluriprofessionnel – que nous défendons très fortement – mais au plan RH, la pratique avancée est clairement un argument en faveur de l'attractivité des métiers du soin.

Après maintenant plusieurs années de mise en œuvre, sans toutefois beaucoup d'antériorité notamment sur l'accès en formation initiale, un premier bilan approfondi s'impose : quelle montée en charge, quels freins encore à l'œuvre, quel intérêt pour les patients, quels modèles fonctionnent bien, sur quelles disciplines ? Ce bilan mériterait d'être enrichi par des analyses d'expériences réussies à l'étranger.

Sous les réserves de ce bilan, une option serait de développer la pratique avancée dans la formation professionnelle continue, toujours dans une logique « terrain » de promotion professionnelle, plutôt que de continuer à créer des spécialisations sectorielles sanctionnées par des diplômes d'État, dont on voit bien qu'elles sont bien plus rigides – pour ne pas dire dans certains cas génératrices de pénuries majeures.

La pratique avancée mériterait par ailleurs d'être mise en œuvre dans d'autres métiers du soin, à l'instar de la pratique des manipulateurs en radiologie dont le métier évolue fortement avec le développement des nouvelles technologies d'imagerie ou de pratiques (radiothérapie, radiologie interventionnelle) et dont la définition actuelle ne permet pas la reconnaissance de

manipulateurs très experts ayant développé des compétences en sus de celles prévues réglementairement.

Dans tous les cas, quelles que soient les orientations qui seront données au développement de la pratique avancée, le métier d'infirmier est au cœur des nouvelles organisations collectives, de la prise en charge des pathologies chroniques et du vieillissement, de nombre de nouveaux modèles organisationnels et tarifaires expérimentés avec succès dans le cadre de l'article 51.

Synthèse des mesures

- Simplifier drastiquement la VAE.
- Poursuivre le développement des passerelles accélérées aides-soignants → infirmiers.
- Faciliter l'intégration des infirmiers diplômés hors Union européenne.
- Mutualiser les financements de la formation continue pour donner plus de possibilités aux employeurs.
- Faire un bilan de la pratique avancée et la développer au-delà des infirmiers.