

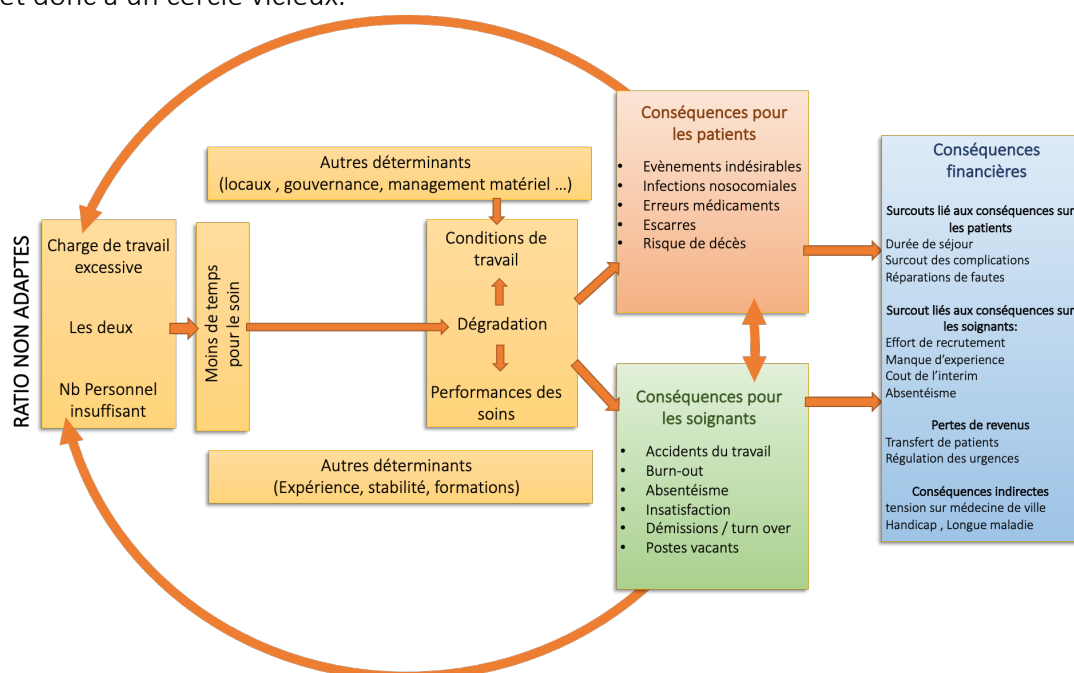
Légiférer sur le nombre de soignant par lit hospitalier ouvert : une nécessité pour les malades, pour les soignants et pour la pérennité du système de **soin**

Actuellement, aucune loi ne régleme le **nombre de patients simultanément dont une infirmière à la charge** en dehors de certaines activités très spécifiques (soins critiques, obstétrique, hémodialyse, chirurgie cardiaque : article D-6124 CSP modification récente par arrêté du 26 avril 2022 avec une extension du périmètre et du mode de calcul personnel/patients calculé antérieurement). Il s'agit donc **d'étendre à toutes les activités** ce qui existe déjà et qui constitue une **garantie de sécurité et de qualité** pour les malades et les soignants.

Aujourd'hui :

Dans les services non normés, le calcul tient compte le plus souvent **d'éléments techniques d'efficacité préconisés par l'agence nationale de la performance sanitaire** qui recommande qu'une infirmière puisse s'occuper simultanément de 12 à 14 patients hospitalisés ce qui est observé ordinairement dans les services hospitaliers (voire plus) et **bien au-delà des moyennes européennes** (RN4CAST study 2009 menée dans 12 pays européens) et internationales OCDE. Et surtout bien au-delà de chiffres considérés par la **littérature scientifique** comme une garantie de qualité et sécurité des soins. Le faible nombre d'infirmière observé est expliqué par des politiques **d'économie à court terme** sur un poste budgétaire représentant les deux tiers des dépenses d'exploitation des établissements de santé.

L'augmentation du nombre de patient par infirmière (augmentation de la charge en soin, **diminution du temps de soin par malade**) participe de façon majeure à une **dégradation des conditions de travail** au sein de l'hôpital (en plus d'autres déterminants : locaux inadaptés, manque de matériel, diminution de l'investissement...) et concourt à **l'insatisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, la survenue d'accidents du travail et maladies professionnelles anxiété/dépression, l'absentéisme, les démissions avec augmentation du turn-over et une perte d'attractivité des métiers**. L'impossibilité de formation continue couplée avec des taux importants de turn-over participent aussi à la perte d'expérience et d'expertise des professionnels conduisant à une moins bonne performance des soins avec des conséquences négatives **pour les malades** ainsi que des **coûts importants** pour le système de soin et donc à un cercle vicieux.



A l'instar des **pays ayant déjà légiféré** sur le sujet, la PPL actuelle permettant de fixer des ratio soignant/lit ouvert obligatoire pour chaque activité permettra progressivement de diminuer le nombre de malade en charge par soignant afin de protéger les patients et améliorer les soins

Concernant la sécurité des patients

D'innombrables études scientifiques (plus de 300 à ce jour) ont été menées sur le sujet pour analyser la relation entre le **risque de décéder à l'hôpital et quantité de soignant par patient**. Il s'agit d'études menées dans différents pays (USA, UK, Irlande, Australie, Corée du sud, Chili...) avec des méthodologies variées (par exemple ratio global comparé entre plusieurs hôpitaux ou entre plusieurs services à activité/gravité équivalente) dont des études longitudinales qui permet d'entrevoir le **résultat direct d'une variation des ratios**. Plusieurs méta-analyses sont publiées et **confirment** la robustesse de ces constatations. Les hôpitaux comptant **le plus grand nombre d'infirmières par patient** ont systématiquement de **meilleurs résultats** que les hôpitaux qui en comptent moins. Les patients dans les hôpitaux **comptant** le moins d'infirmières par patient ont **un taux de mortalité accru de 26%**. En termes de quantité d'effet, elle est relativement homogène entre les études dans des contextes de secteurs de chirurgie ou de médecine aiguë (hors soins intensifs). Globalement, **au-delà de 4 patients par infirmière, pour chaque 1 à 2 patient supplémentaire par infirmière la probabilité de décès augmente de 7% à 10%** selon les études. L'étude menée au Queensland (Australie), citée dans l'exposé des motifs de la PPL a confirmé ce chiffre en évaluant l'effet d'une politique publique de mise en place de ratio obligatoires sur divers indicateurs dont la mortalité des patients.

Entre 2016 et 2018 sur plus de 400.000 patients et 17 000 IDE **dans 55 hôpitaux du Queensland** (Australie). Dans les 27 établissements où le ratio d'un IDE pour quatre patients a été respecté - au lieu d'un pour cinq auparavant- et comparé aux 28 autres (à un pour six), **le risque de décès jusqu'à 30 jours après la sortie a chuté de 7%**.

Au niveau macroscopique international, une étude sur données administrative menée dans 26 pays de l'OCDE entre 2005 et 2015 incluant la France montre qu'une augmentation de 1% du nombre d'infirmière / 1000 habitants est corrélé à une diminution de la mortalité par AVC et, infarctus du myocarde respectivement de 2,9 et 1,1%.

Concernant la morbidité

Plusieurs études montrent **un effet d'un nombre plus faible de soignant par patient** sur la survenue de diverses complications en lien avec les hospitalisations en particulier la survenue **d'escarres, les chutes, les arrêts cardiaques, les infections nosocomiales (diminution de 5 à 9% en passant du 25^e au 75^e percentile de ratio), les hémorragies digestives hautes (-5%) , les erreurs médicamenteuses**. Une étude menée aux USA montre qu'une **augmentation du nombre de soignant par patient** au niveau national permettraient d'éviter 60000 événements indésirables et 5000 décès. **Pour chaque patient additionnel par soignant** un surcroît d'infections urinaires acquises à l'hôpital est observé de près de 1 pour 1000 patients. Aussi, Les patients hospitalisés rapportent que leur **douleur est mieux prise en charge** lorsque le personnel infirmier est présent en plus grand nombre sur leur unité.

Sécurité pour le personnel soignant

Une enquête menée en 2013 **dans 10 pays européens** a montré que **l'intention des infirmières de quitter la profession variait de 5 % à 17 %**. Ce taux a progressé ces dernières années : en France, **30% des infirmières quittent la profession dans les 5 ans** qui suivent leur diplôme. Dans une enquête réalisée par l'ordre infirmier en octobre 2020 auprès de 60000 infirmiers, **plus**

d'un tiers des infirmiers salariés indiquent être en effectifs réduits par rapport à la normale. 57% des infirmiers salariés estiment ne pas disposer du temps nécessaire pour prendre en charge les patients. **43% des infirmiers ne savent pas s'ils seront toujours infirmiers dans 5 ans.** Au sein des hôpitaux, les soignants sont non seulement essentiels pour prodiguer des soins sûrs et de bonne qualité, mais aussi sont les **principaux acteurs de la formation** et de l'enseignement aux générations futures. Un trop faible nombre de **soignant** a pour conséquence de diminuer le temps consacré à la formation ce qui dégrade les conditions d'enseignement et possiblement aggrave le nombre d'interruption des études (estimé à un tiers actuellement) et donc le flux sortant de nouveaux soignants.

De nombreuses études ont étudié l'influence du nombre de patient à la charge de chaque infirmière sur des éléments de **satisfaction professionnelle, d'épuisement (burnout) et intention de quitter le métier.**

Une étude publiée en 2002 a interrogé 10 184 infirmières ayant pris en charge 232 342 patients et montre qu'après ajustement des caractéristiques des infirmières et de l'hôpital, **chaque patient supplémentaire par infirmière était associé à une augmentation de 23 % (OR, 1,23 ; IC à 95 %, 1,13-1,34) des risques d'épuisement professionnel et de 15 % (OR, 1,15 ; IC à 95 %, 1,07-1,25) des risques d'insatisfaction professionnelle.**

Une étude menée plus récemment (2018) dans plus de 1000 hôpitaux de 12 pays européens et aux USA montra que **chaque patient supplémentaire par infirmière augmentait la probabilité que les infirmières déclarent des soins de qualité médiocre ou moyenne.** L'épuisement professionnel élevé, l'insatisfaction et l'intention de quitter présentaient des associations similaires avec le nombre de patient en charge par professionnel (association forte entre l'intention de quitter et insatisfaction/burnout).

D'autres études ont montré des **corrélations fortes** entre le **risque de maladie professionnelles (douleurs musculosquelettiques, stress, anxiété/dépression) d'accidents du travail (pique d'aiguille : deux à trois fois plus) et d'absentéisme avec la quantité de patient par infirmière.**

Sécurité/performance des établissements

La survenue de plus fréquentes complications, erreurs médicamenteuse, événements indésirables au sein de services/hôpitaux ayant les niveaux les plus élevés de patient par infirmière est responsable (en plus des facteurs liés à la moindre expérience et au plus grand turn-over des infirmières) d'une **augmentation de la durée de séjour des patients observé dans plusieurs études (Finlande, Grèce, USA ..).** Dans une étude menée en 2008 dans 58 hôpitaux sud-coréens (ratio patient/infirmière moyen de 14 :1) une **augmentation de 10 % du nombre moyen de patients par infirmière était associé à une augmentation de la durée du séjour de 0,3 jours en moyenne par patient.** Une autre étude Finlandaise montre que **parmi 10 paramètres étudiés, le ratio personnel/patient a la plus forte influence sur la durée de séjour** (avec en moyenne un séjour réduit de 0,5 jour pour une heure de soins infirmiers par jour-patient). Globalement l'ensemble des études suggèrent une **augmentation de 5% de la durée de séjour pour chaque patient en plus à la charge d'une infirmière** sans qu'il soit possible de déterminer un effet seuil.

De façon similaire, **le taux de réadmission dans les 7 à 30 jours** après sortie et le taux de consultation aux urgences après sortie est significativement réduit dans les hôpitaux appliquant des niveaux de dotation de personnel par lit dans les unités de médecine/chirurgie aigüe (**+6% dans les hôpitaux australiens** n'ayant pas appliqué la réglementation)

Une nécessité pour la pérennité de notre système de soin

Plusieurs études se sont intéressées à chiffrer le gain et les économies liées à la diminution du **cout** des complications nosocomiales et de la durée de séjour mais aussi de la stabilité des équipes nécessitant un moindre effort de recrutement et de recours à l'intérim ainsi qu'un moindre absentéisme (diminution de l'accidentologie et diminution du taux de burn-out de 5 à 10 % en Californie après la mise en œuvre de la réglementation sur les ratios). Les estimations données chiffrées rapportent selon les études des économies pour un équivalent temps plein d'infirmière embauché entre **15000 et 57000 USD**. Une étude réalisée en 2009 a estimé que l'ajout de 133 000 IDE à la main-d'œuvre hospitalière américaine permettrait d'entraîner des économies médicales de 6,1 milliards de dollars sur les dépenses de santé, sans prendre en compte la valeur de la productivité accrue. **Une enquête Française** (AGEMS 2022) menée auprès de 1047 infirmière dont l'intérim est le mode d'exercice principal (dont 81% avaient quitté l'hôpital) montre que les raisons ayant conduit à ce mode d'exercice étaient avant tout les impératifs de planning la charge de travail. **58% des soignant intérimaires interrogés rapportent qu'ils seraient prêts à reprendre un poste fixe** au sein d'un établissement hospitalier. Les facteurs évoqués de décision d'un retour à l'hôpital sont en numéro 1 un planning adapté et la **deuxième condition évoquée est «un ratio soignant/patient cohérent et respecté »** ce qui laisse présager que la garantie offerte d'un nombre de patient maximal par infirmière permettrait de diminuer le cout lié à l'embauche de personnel intérimaires dans les établissements.

Un consensus institutionnel et international

Contexte international

Plusieurs états ont choisis de légiférer en matière de nombre de patient/Soignant au sein des établissements de santé. Il s'agit de législations en vigueur Californie qui a été le premier état à légiférer à travers la **California assembly bill 394 votée en 1999**. Il est à noter que **l'application de ce règlement a été progressif** avec une entrée en vigueur effective en 2005 et une **adaptation des ratios au cours du temps jusqu'à 2008**. Dans les suites plusieurs pays ont également **adoptés** diverses dispositions réglementaires/législatives pour encadrer les ratios comme l'Australie, Suisse, Corée du sud...

En France et dans le monde, un consensus académique se dégage pour favoriser l'instauration d'une garantie de **quantité maximale de patient par personnel soignant** notamment repris par le **rapport du CESE 2020** (Priorité numéro 1), le rapport de la **commission d'enquête sénatoriale (Mars 2022)**

Le 7 avril 2020, L'OMS lance un appel aux **nations unis** à réaliser des efforts d'investissements important en matière d'embauche d'infirmières afin notamment de **garantir des ratios sûrs**. « *WHO and partners call for urgent investment in nurses* ». Cet appel fait écho aux position partagées de l'international Council of nurses qui défend une position claire également pour l'instauration réglementaire de ratios.

Contexte sociétal : pour 2 Français sur 3, l'avenir des établissements de santé constitue un enjeu de société majeur pour l'avenir, **8 Français sur 10 et 9 soignants sur 10 ont le sentiment que l'hôpital public français est en danger** et estiment que la qualité des soins qu'ils fournissent va se détériorer à l'avenir selon un récent sondage.

- Aiken, Linda H., et al. "Implications of the California nurse staffing mandate for other states." *Health services research* 45.4 (2010): 904-921.
- Auerbach, David I., Peter I Buerhaus, and Douglas O. Staiger. "How fast will the registered nurse workforce grow through 2030? Projections in nine regions of the country." *Nursing*

Outlook 65.1 (2017): 116-122. Note, approximately half of the RNs in New England live in Massachusetts.

- Burnes Bolton, Linda, et al. "Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation." *Policy, Politics, & Nursing Practice* 8.4 (2007): 238-250.
- Chapman, Susan A., et al. "How have mandated nurse staffing ratios affected hospitals? Perspectives from California hospital leaders." *Journal of Healthcare Management* 54.5 (2009): 321-335.
- Cook, Andrew, et al. "The effect of a hospital nurse staffing mandate on patient health outcomes: Evidence from California's minimum staffing regulation." *Journal of Health Economics* 31.2 (2012): 340-348.
- de Cordova, Pamela B., et al. "Night and day in the VA: associations between night shift staffing, nurse workforce characteristics, and length of stay." *Research in nursing & health* 37.2 (2014): 90-97.
- Kane, Robert L., et al. "The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis." *Medical care* (2007): 1195-1204.
- Kravitz, Richard L., et al. "Hospital nursing staff ratios and quality of care." Davis: University of California (2002).
- Lang, Thomas A., et al. "Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes." *Journal of Nursing Administration* 34.7 (2004): 326-337.
- Leigh, J. Paul, et al. "California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury." *International archives of occupational and environmental health* 88.4 (2015): 477- 484.
- Mark, Barbara, David W. Harless, and Joanne Spetz. "California's minimum-nurse-staffing legislation and nurses' wages." *Health Affairs* 28.2 (2009): w326-w334.
- Mark, Barbara A., et al. "California's minimum nurse staffing legislation: results from a natural experiment." *Health services research* 48.2pt1 (2013): 435-454.
- McHugh, Matthew D., et al. "Contradicting fears, California's nurse-to-patient mandate did not reduce the skill level of the nursing workforce in hospitals." *Health Affairs* 30.7 (2011): 1299-1306.
- Munnich, Elizabeth L. "The labor market effects of California's minimum nurse staffing law." *Health economics* 23.8 (2014): 935-950.
- Needleman, Jack, et al. "Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality?." *Health Affairs* 25.1 (2006): 204-211.
- Reiter, Kristin L., et al. "Minimum Nurse Staffing Legislation and the Financial Performance of California Hospitals." *Health services research* 47.3pt1 (2012): 1030-1050.
- Serratt, Teresa. "California's nurse-to-patient ratios, Part 1: 8 years later, what do we know about nurse-level outcome?." *Journal of Nursing Administration* 43.9 (2013): 475-480.
- Spetz, Joanne. "Revised cost estimates of minimum nurse-to-patient ratio proposals." San Francisco: UCSF Center for the Health Professions (2001).
- Spetz, Joanne. "Revised cost estimates of minimum nurse-to-patient ratio proposals." San Francisco: UCSF Center for Health Workforce Studies (2002).
- Spetz, Joanne. "Nurse satisfaction and the implementation of minimum nurse staffing regulations." *Policy, Politics, & Nursing Practice* 9.1 (2008): 15-21.
- Spetz, Joanne, et al. "Minimum nurse staffing ratios in California acute care hospitals." San Francisco, CA: University of California, San Francisco Center for the Health Professions (2000).
- Spetz, Joanne, et al. "Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care." *Medical Care Research and Review* 70.4 (2013): 380-399.
- *Medical Care*. 2004; 42(2): 67-73. (Workload and understaffing contributes to medical errors, patient falls, unfinished nursing tasks.)
- Hugonnet, S. "Staffing Level: a Determinant of Late-Onset Ventilator-Associated Pneumonia."

Critical Care. 2007; 11(4): R80. (Understaffing in intensive care units increases risk of medical complications.)

- Needleman, J., et al. "Nurse Staffing Levels and Quality of Care in Hospitals." *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(22): 1715-22. (Increased RN staffing is associated with shorter patient stays, lower rates of urinary tract infections, lower rates of gastrointestinal bleeding, lower rates of failure to rescue.)
McHugh, M.D. and Ma, C. "Hospital Nursing and 30-Day Readmissions Among Medicare Patients With Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, and Pneumonia." *Medical Care*. 2013; 52(1): 52-9 (Improved staffing may effectively reduce 30-day readmissions for certain patients.)
- Aiken, L., et al. "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction." *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(16): 1987-93, 1990. (43 percent of RNs surveyed had high burnout scores, and a similar proportion were dissatisfied with their current job. Both burnout and job dissatisfaction are indicators of turnover.)
- Needleman, J., et al. "Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality?" *Health Affairs*. 2006; 25(1): 204-211, 208.
- Schmit, J. "Nursing shortage drums up demand for happy nomads." *USA Today*. June 9, 2005. (Quoting Tenet Health System Chief Nursing Officer. Travel nurses cost hospitals at least 20 percent more than a nurse employee even when benefits are factored in. Full-time employees are paid at least 1.5 times their regular salary for overtime hours worked.) Bland-Jones, Cheryl. "Revisiting Nurse Turnover Costs, Adjusting For Inflation." *Journal of Nursing Administration*. 2008; 38(1): 11-18, 12. (Finding that the total RN turnover costs for fiscal year 2017 were between \$7,875,000 and \$8,449,000, and estimating an RN annual turnover rate at 18.5 percent.)
- Aiken. 2010. *supra*, note 5 at 913. (Finding that California RNs, after the implementation of the mandated nurse-to-patient ratios, experienced burnout at significantly less rates than those in New Jersey and Pennsylvania. 20 percent California RNs reported being dissatisfied with their job, compared to 26 percent in New Jersey, and 29 percent in Pennsylvania. Both burnout and job dissatisfaction are precursors of voluntary turnover.)
- Encinose, W. and Hellinger, F. "The Impact of Medical Errors on Ninety-Day Costs and Outcomes: An Examination of Surgical Patients." *Health Services Research*. 2008; 43(6): 2067-85, 2078, 2080. (Finding that, compared with patients who did not experience medical errors, insurers paid an additional 52 percent more for surgery patients who experienced acute respiratory failure and an additional 48 percent more for post-operative infections.)
- Needleman, J. et al. "Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals." Harvard School of Public Health. *Final Report for Health Services and Research Administration, Contract 230-99-0021* 2001: xxvi. (Finding that there is at least a 3 to 6 percent shorter length of stay for patients in hospitals with a high RN staffing levels, reducing costs.)
Dall, T. et al. "The Economic Value of Professional Nursing." *Medical Care*. 2009; 47:97-104, 101.