



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Favoriser l'attractivité et la fidélisation
des cadres de santé en EHPAD-USLD
à l'hôpital public :
Diagnostic et propositions d'actions
pour le directeur des soins**

Véronique BIANCO

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à :

Madame Catherine CHEVREUX-DAGORET, Monsieur Jean-René LEDOYEN ainsi que Madame Françoise HUET, ma tutrice de positionnement et référente de mémoire, qui m'ont guidé et accompagné tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Monsieur Pascal DUFOUR, Madame Christine LIAUDOIS et Madame Martine MORANCAIS, mes maîtres de stage, pour leurs conseils, leur disponibilité et la qualité de leur encadrement.

L'ensemble des professionnels qui ont accepté de m'accorder du temps et de me faire part de leurs expériences, de leurs ressentis, dans le cadre de cette étude.

Mes collègues de promotion « Antoine de Saint-Exupéry » pour notre entente et notre cohésion développée tout au long de cette année.

Ma famille et mes ami(e)s pour leur soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Cadre contextuel et conceptuel.....	4
1.1 EHPAD et USLD à l'hôpital public : une offre diversifiée sous tension.....	4
1.1.1 Une évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	4
1.1.2 Des ressources humaines : entre exigences et réalités.....	7
1.1.3 Un secteur souffrant d'une image peu attractive.....	8
1.2 Le cadre de santé en EHPAD-USLD : une identité fragile et singulière.....	10
1.2.1 Un métier en tension.....	10
1.2.2 Un portrait singulier et pluriel.....	12
1.2.3 L'image métier, clé de l'attractivité ?.....	14
1.2.4 Les relations de l'homme au travail et à l'organisation.....	15
1.3 Attractivité et fidélisation des ressources humaines : Quelles stratégies ?.....	17
1.3.1 Définitions.....	17
1.3.2 Marque employeur et marketing RH.....	19
1.3.3 Les hôpitaux magnétiques ou comment développer l'attractivité ?.....	21
1.3.4 Qualité de vie au travail, un levier.....	22
1.3.5 Vers une modernisation de la politique RH.....	22
1.3.6 La RSE, un moyen de fidélisation des collaborateurs.....	23
2 Méthodologie de l'étude et présentation des résultats.....	24
2.1 Les méthodes et outils d'enquête.....	24
2.1.1 Objectifs de l'étude.....	24
2.1.2 Modalités de réalisation de l'enquête.....	24
2.1.3 Environnement et population ciblée.....	25
2.1.4 Choix des outils et modalités d'utilisation.....	26
2.1.5 Points forts et limites de l'enquête.....	27
2.2 Analyse des résultats.....	28
2.2.1 Des cadres de santé qui ont choisi d'exercer en EHPAD-USLD.....	28
2.2.2 Un diagnostic difficile mais des forces et des faiblesses identifiées.....	29

2.2.3	Des représentations encore sensibles.....	31
2.2.4	Des conditions d'exercice tendues et ambivalentes.....	32
2.2.5	Une politique et une culture gériatrique émergentes.....	35
2.2.6	Des politiques RH et managériale divergentes et à structurer.....	36
2.2.7	Des professionnels force de propositions et de réflexions	39
2.3	Vérification des hypothèses et diagnostic.....	41
3	Préconisations pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD	43
3.1	Anticiper les besoins en cadres de santé et favoriser une attractivité durable ...	43
3.2	Promouvoir un management par la confiance	44
3.3	Améliorer la qualité de vie au travail des cadres de santé	50
3.4	S'inscrire dans une démarche de type « Hôpital ami des aînés »	52
3.5	Se faire connaître pour se faire reconnaître	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	56
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : guides d'entretiens	II
	Annexe 2 : Questionnaire individuel d'opinion sur les conditions d'exercice des cadres de santé en EHPAD-USLD.....	X
	Annexe 3 : Modalités d'exploitation des outils et du recueil d'informations	XI
	Annexe 4 : Présentation des acteurs et de leur environnement – Synthèse des résultats	XIII

Liste des sigles utilisés

AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
AJ :	Accueil de Jour
AJA :	Accueil de Jour Alzheimer
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CH :	Centre Hospitalier
CS :	Cadre de Santé
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
DCGS :	Directeur Coordonnateur Général des Soins
DRH :	Directeur/Direction des Ressources Humaines
DS :	Directeur des Soins
DSIRMT :	Directeur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
D3S :	Directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
EHPA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FFAS :	Faisant Fonction d'Aide-Soignant
FFCS :	Faisant Fonction de Cadre de Santé
GHT :	Groupement Hospitalier de territoire
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GMP :	Gir Moyen Pondéré
GPEMC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois, Métiers et Compétences
IDEC :	Infirmière Coordinatrice d'EHPAD
IFCS :	Institut de Formation des Cadres de Santé
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PA :	Personne Agée
PASA :	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PE :	Projet d'Etablissement
PEC :	Prise en Charge
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
PSP :	Projet de Soins Partagé
QVT :	Qualité de Vie au Travail
RH :	Ressources Humaines
RSE :	Responsabilité Sociétale ou Sociale de l'Entreprise

SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

En 2017, la France compte 15 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. Parmi les 1,2 million de bénéficiaires de l'APA, 40% vivent en établissement¹. Une large part des patients accueillis ou hébergés sont des personnes très âgées et polypathologiques.

Dès lors, au regard de ces évolutions et de la mise en place des conventions tripartites dans les années 2000, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont connu un essor important en France. En 2014, la France métropolitaine compte 7 338 EHPAD dont 45,3% sont des EHPAD publics. 35,2% des lits du secteur public sont installés dans des établissements de 120 places ou plus. 17,2% de ces EHPAD sont rattachés à un hôpital soit 1 255 établissements².

Entre 2007 et 2010, 41 000 lits d'USLD (Unités de Soins de Longue Durée) ont été transformés en lits d'EHPAD se traduisant par une médicalisation accrue des structures d'hébergement et ramenant le nombre total de lits de long séjour à 32 000 dont plus de 90% relèvent des établissements de santé publics³.

Pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées de plus en plus nombreuses, le système médico-social et sanitaire a dû s'adapter et structurer l'offre de soins tant à domicile qu'en établissement. Dans les hôpitaux, une approche en filière de soins s'est développée par la création de nombreux services spécifiques aux personnes âgées. Le secteur médico-social quant à lui « se médicalise » par l'accueil de personnes âgées de plus en plus dépendantes. Des réseaux ville/hôpital/EHPAD de même qu'une logique de « parcours de prise en charge » tendent à se mettre en place afin d'assurer une continuité dans les prises en soins. Des approches pluri professionnelles et interdisciplinaires sont privilégiées favorisant ainsi le développement des soins coordonnés auprès de la personne âgée.

De ce fait, les structures d'hébergement pour personnes âgées et les USLD ont dû faire face aux nombreuses réformes du champ médico-social mais également du secteur sanitaire impactant leurs activités, leurs organisations et leur fonctionnement.

¹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/les-chiffres-cles>.

² MORIN, L. (Novembre 2015), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine », *La revue de la gériatrie*, Tome 40, n°9, p. 532.

³ DELATTRE, A., PAUL, S. (Mars 2016), « Les unités de soins de longue durée (USLD) », N° 2015-105R, Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 3.

Ces évolutions ont également transformé le contenu de la fonction de cadre de santé de proximité en charge du management dans les unités de soins ou d'hébergement nécessitant une adaptabilité accrue de l'encadrement.

Les cadres de santé sont la clé de voûte de ces dispositifs de soins et d'hébergement. Ils sont au cœur de l'architecture du changement. Selon l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière réalisée en 2007, le métier de cadre de santé de proximité est identifié comme métier sensible. Il ressort de cette monographie que de nombreux établissements de santé doivent faire face à une pénurie et à un turnover des cadres de santé. Cette étude mentionne des difficultés de recrutement souvent plus marquées dans les plus petits établissements ou dans des spécialités peu attractives comme la gériatrie⁴.

Touchés par la pénurie de cadres, les hôpitaux ont recours aux faisant fonction de cadre de santé pour occuper des postes diplômés non pourvus. Parallèlement, dans certains EHPAD, la fonction d'encadrement est assurée par des infirmières coordinatrices (IDEC) ou des infirmiers (ères) de liaison.

Certains cadres de santé en EHPAD-USLD expriment des conditions d'exercice difficiles : le dimensionnement des équipes (gestion de grandes équipes) ; des problématiques d'absentéisme, de compétences des professionnels, de recrutement, d'accès à la formation, de conditions de travail des professionnels ; un exercice auprès des personnes âgées peu valorisé et en proie aux exigences des familles (plaintes, réclamations) ; des situations de maltraitance ; des personnes âgées de plus en plus dépendantes ; des établissements et locaux parfois non adaptés aux prises en charge ; une présence médicale restreinte ; des difficultés de coordination avec le sanitaire ...

La gériatrie souffre d'une image négative car vécue avec son « cortège » de représentations (hospices, images de « vieillards » séniles ...). Du côté des soignants non médicaux, nombreux sont ceux qui expriment une faible motivation voire un rejet pour exercer en gériatrie en revendiquant « un service actif ».

En qualité de cadre supérieur de santé en mission transversale ressources humaines à la Direction des soins dans un établissement public hospitalier dans lequel j'exerçais, nous étions confrontés à un problème récurrent de recrutement et de turnover important des cadres de santé en secteur EHPAD-USLD de 692 lits. A défaut de candidatures interne et externe et face à cette problématique, la direction de l'établissement a été amenée à :

- Affecter des cadres de santé nouvellement diplômés alors que cette affectation n'était pas en adéquation avec leur projet professionnel,

⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (2007), « Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », *Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique*, Tome 2, Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles, p. 131.

- Positionner des IDE faisant fonction de cadre de santé qui, pour certains, au regard de difficultés rencontrées, ont abandonné leur projet cadre,
- Recruter des professionnels non cadrés ou des cadres de santé « de passage » sans réelle motivation pour ce secteur d'activité et, à défaut,
- Solliciter le cadre supérieur de santé de pôle pour assurer l'encadrement de proximité d'un EHPAD en attendant un recrutement ...

C'est dans ce cadre que j'ai souhaité m'interroger sur le rôle du directeur des soins dans la problématique de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD qui m'amène à formuler la question centrale de mon travail de recherche de la façon suivante :

« En quoi le DS peut-il contribuer à une politique d'attractivité et de fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD ? ».

Au regard de cette question de départ, nous avons envisagé trois hypothèses :

H 1 : La représentation de l'exercice du métier de cadre de santé en EHPAD-USLD ou l'image que l'on en a influence l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

H 2 : Les conditions d'exercice du cadre de santé en EHPAD-USLD questionnent l'attractivité et à la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

H 3 : La politique et les dispositifs mis en place dans les établissements publics hospitaliers impactent l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD.

Ainsi, afin d'apporter un éclairage à ce questionnement, je présenterai dans une première partie de mon étude, les différents concepts et éléments de compréhension qui sont au cœur de cette problématique. Dans un second temps, je préciserai la méthodologie retenue pour l'enquête ainsi que les résultats obtenus. Enfin, j'envisagerai des préconisations à même en œuvre, en tant que DS, visant à contribuer à une politique d'attractivité et de fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

1 Cadre contextuel et conceptuel

La question de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD étant à la fois une problématique sectorielle, de métier et de politique managériale, nous présenterons, en conséquence, dans cette partie, les éléments de contexte et conceptuels se rapportant à ces trois domaines.

1.1 EHPAD et USLD à l'hôpital public : une offre diversifiée sous tension

Le secteur médico-social comprend dans un cadre élargi les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces structures diversifiées relèvent de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les établissements et services pour personnes âgées s'inscrivent dans ce champ, en particulier les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA).

Les EPHA regroupent trois grands types d'établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées : le logement-foyer (résidence-autonomie), l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) qui sont des établissements de santé. Le Code de la santé publique⁵ précise que les établissements publics de santé peuvent créer et gérer des EHPAD, structures relevant des articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Au regard des enjeux du vieillissement et de la dépendance, le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes représente un défi pour le secteur public de la perte d'autonomie et d'accompagnement du grand âge.

1.1.1 Une évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

A) Définition de l'EHPAD et de ses missions

La notion d'EHPAD a été introduite par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, qui a instauré la prestation spécifique dépendance (PSD). Sont considérés comme EHPAD par le CASF, les établissements qui « *accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR (Groupe Iso-Ressources) 1 à 3 supérieure à 15% de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans le GIR 1 à 2 supérieure à 10% de la capacité autorisée*⁶ ».

⁵ Article L. 6111-3 du Code de la santé publique (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1).

⁶ Article D.313-15 du Code de l'Action Sociale et Familiale.

Ces établissements anciennement désignés sous la terminologie de maisons de retraite médicalisées accueillent des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), dépendantes à des degrés divers, tant sur le plan physique que psychologique. Selon le CASF, les EHPAD ont pour mission d'assurer l'hébergement « à *temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D. 313-15 et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3* ». A ce titre, « *Ils proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée* ». Dès lors, ils sont tenus de mettre « *en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies* ».

Le décret n°2016-1164 du 26 août 2016 positionne l'EHPAD dans le parcours de vie des personnes âgées dépendantes.

B) Présentation des EHPAD publics hospitaliers

Les EHPAD publics hospitaliers sont des EHPAD rattachés à des établissements publics de santé qui accueillent 148 750 résidents sur 573 600 personnes âgées hébergées en EHPAD au 31 décembre 2011, soit près de 26%⁷. L'âge moyen à l'entrée en EHPAD public hospitalier est de 83 ans et 9 mois et les trois quarts des résidents sont des femmes. La durée moyenne de séjour est de 2 ans et demi et reste stable depuis 2007⁸. Les EHPAD publics affichent une augmentation du niveau de dépendance des résidents avec un GMP (Gir Moyen Pondéré) moyen de 709 et des besoins médicaux croissants avec un PMP (Pathos Moyen Pondéré) à 187⁹. Les GMP et PMP plus élevés dans le secteur public s'expliquent par le fait de leur rattachement à des hôpitaux permettant la prise en charge de personnes âgées aux profils « plus lourds ».

C) Prises en charge et modes d'accompagnement

Selon l'enquête des EHPA de 2011, les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques¹⁰.

Les EHPAD peuvent proposer différents modes d'accompagnement et de prise en charge aux personnes âgées.

⁷ Sources : Enquête EHPA 2011, DREES.

⁸ VOLANT, S. (Décembre 2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, DREES, n°899, p. 1-2.

⁹ Source : observatoire des EHPAD, Avril 2014, KPMG, p. 17.

¹⁰ MAKDESSI, Y., PRADINES, N., (Décembre 2016), « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et Résultats*, DREES, n° 989, p. 1.

En premier lieu, l'hébergement permanent collectif « classique » en EHPAD concerne 98% des personnes en institution¹¹.

Pour les prises en charge spécifiques, plusieurs modes d'accompagnement peuvent être envisageables :

- L'hébergement temporaire permet d'offrir un accueil et un soutien pour une durée déterminée (une semaine à trois mois par an) à des personnes âgées confrontées à des difficultés momentanées.

- Les accueils de jour (AJ) et de nuit.

La mesure 16 du plan Alzheimer¹² a permis de renforcer les prestations à destination des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en proposant au sein des EHPAD des unités spécifiques de prise en charge :

- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Le PASA propose durant la journée aux résidents un programme d'activités sociales et thérapeutiques visant à ralentir voire restaurer la perte d'autonomie psychique sous la responsabilité du médecin coordonnateur à partir d'un projet spécifique définissant les modalités de fonctionnement et d'accompagnement des personnes âgées.

- Les Unités d'Hébergement Renforcés (UHR), qui peuvent être créées au sein des EHPAD ou d'USLD. L'unité élabore le projet de soins et le programme d'activités pour le résident ainsi que le projet de l'UHR sous l'autorité du médecin de l'USLD ou par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

- Les unités de vie sécurisées (ou protégées ou unités spécialisées Alzheimer) type CANTOU (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles) accueillent, au sein de petites unités séparées mais intégrées à un hébergement plus large, des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou présentant des symptômes de démence parfois avancés.

Ces établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont complétés par une offre d'hébergement sanitaire : les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

D) Définition des USLD

« Les unités de soins de longue durée accueillent et soignent les personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale et une présence infirmière

¹¹ VOLANT, S. (Décembre 2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, DREES, n°899, p. 2.

¹² Circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

continue et l'accès à un plateau technique minimum (fluides médicaux, appareil ECG, accès à un laboratoire d'analyses médicales et à un centre d'imagerie médicale par convention)¹³ ».

Sur la base de cette définition, l'offre de places en USLD a été redimensionnée et c'est ainsi que 50% des lits d'USLD ont été convertis en lits d'EHPAD entre 2007 et 2010. Au 31 décembre 2011, 7 490 personnes âgées sont hébergées en USLD¹⁴ et ce, à plus de 90% en secteur hospitalier. Ces unités permettent d'accueillir des personnes âgées mais également de moins de 60 ans.

Les missions de l'USLD sont définies dans la circulaire du 10 mai 2007¹⁵ et consistent à assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques importants (SMTI), les soins relationnels, à prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes, à élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie et enfin à assurer l'accompagnement des familles et des proches. En moyenne sur l'ensemble des USLD, le GMP s'élève à 845.

Les définitions des USLD et de l'EHPAD sont en fait très proches et les deux structures accueillent souvent une même patientèle que seul le niveau de perte d'autonomie et le nombre de pathologies affectant l'état de santé des résidents peuvent différencier.

1.1.2 Des ressources humaines : entre exigences et réalités

A) Une équipe pluridisciplinaire

Le CASF et le Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD mentionnent que pour assurer la prise en charge des personnes âgées, l'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. Le Décret, par ailleurs, précise également la composition minimale de l'équipe du PASA et de l'équipe de l'UHR. Le taux d'encadrement global moyen est de 0,69 pour les EHPAD Publics¹⁶.

¹³ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46.

¹⁴ VOLANT, S. (Décembre 2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et résultats, DREES, n°899, p. 2.

¹⁵ Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

¹⁶ Source : Observatoire des EHPAD, Avril 2014, KPMG, p. 57.

Concernant les USLD, le fonctionnement de la structure repose également sur une équipe pluridisciplinaire. La circulaire du 10 mai 2007¹⁷ précise qu'une présence infirmière et aide-soignante doit être assurée 24 heures sur 24 de même qu'une permanence médicale (garde médicale ou astreinte) doit être organisée. Il est mentionné par ailleurs que les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMPS de l'USLD. Le texte recommande également qu'une USLD redéfinie tende vers un taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein (ETP) par lit recouvrant.

B) Des difficultés de recrutement et d'absentéisme

Alors que les besoins de recrutement dans les EHPAD sont en constante progression, le secteur est pourtant confronté à d'importantes difficultés de recrutement.

A cette problématique se rajoute la question des conditions de travail. Sensibilisés à cette question, les établissements ont développé de nombreux outils visant à aider les professionnels. Malgré les moyens mis en place, les difficultés se sont accentuées se traduisant par l'accroissement des arrêts maladie et le turnover des professionnels. En effet, avec 32,5 jours de durée moyenne des arrêts maladie chaque année, le taux d'absentéisme moyen en EHPAD est 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé. Par ailleurs, l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues¹⁸.

L'intérêt pour les personnes âgées n'a jamais été aussi grand, néanmoins, le regard porté sur elles et sur ce secteur d'activité reste préjudiciable et les représentations tendent à persister.

1.1.3 Un secteur souffrant d'une image peu attractive

A) Représentation sociale et image du secteur personnes âgées

Pour S. Moscovici, la représentation sociale est « une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement ».

Travailler auprès de personnes âgées, quel que soit le lieu d'exercice, n'est pas vécu, par les professionnels comme valorisant. Ce secteur souffre toujours d'une image négative : charge de travail lourde et répétitive ; impression de « pertes des acquis » verbalisée par les étudiants ou jeunes professionnels dans des services où ils pensent qu'il n'y a pas de

¹⁷ Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

¹⁸ Source : ANAP et le cinquième baromètre de l'absentéisme d'Alma CG.

soins techniques ; confrontation aussi avec de nombreuses pertes : l'autonomie, les repères, la vie ; confrontation difficile avec le corps vieillissant, usé, avec la perte des facultés mentales ; crainte de ce que les vôtres ou vous-même pouvez devenir et miroir d'une réalité à laquelle nous ne souhaitons pas être exposés. Dès lors, « *Pour faire évoluer les représentations, éviter que l'image dévalorisante reste figée dans la mémoire du soignant, il doit apprendre* ¹⁹ ».

Au niveau du grand public, ces représentations restent également difficiles à atténuer. Une enquête TNS Sofres « Les Français et le grand âge » réalisée en 2009 révèle que 52% de nos concitoyens continuent à avoir une mauvaise opinion des établissements pour personnes âgées, que 79% vivent l'entrée de ses parents ou ses grands-parents en institution à contre cœur, que 52% ont une mauvaise opinion des maisons de retraite et que 40% pensent que les résidents y sont maltraités.

B) Dépendance des personnes âgées et représentation

Il y a plusieurs manières de voir la dépendance et sa définition reste confuse. Le mot dépendance des personnes âgées a été utilisé pour la première fois en 1973 en France par Yves Delomier, médecin d'hébergement de long séjour. Ce terme s'est ensuite naturellement imposé dans les politiques publiques en France tout en le segmentant en fonction de l'âge. En effet, ces dernières nomment « dépendance » l'existence d'un « besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie » pour les personnes d'âge avancé. La notion de dépendance s'est imposée avec la création en 1997 de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) en faveur des personnes âgées puis remplacée 2002 par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Déterminer le nombre de personnes dépendantes est complexe. Selon la définition administrative française (être bénéficiaire de l'APA), le nombre de personnes concernées s'élèverait à un peu plus d'un million alors que selon la définition des épidémiologistes, le chiffre serait de 1,3 à 7 millions.

Le terme de dépendance souffre d'une quadruple représentation ; celle d'un état déficitaire qui ne peut être compensé alors que la dépendance des personnes âgées peut être en partie compensée par des aides humaines, techniques ou environnementales. La dépendance renvoie également à celle d'un état définitif alors qu'elle occulte la politique de prévention permettant de réduire ou d'empêcher son apparition. La dépendance représente une charge pour autrui et s'oppose de ce fait à l'autonomie et au principe de lien social et de solidarité. Enfin, la dépendance jouit d'une vision ségrégative qui fait des personnes âgées une « catégorie à part²⁰ ».

¹⁹ BALAHOCZKY, M., « Images du grand âge : Impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement », www.pro-senectute.ch/debatte, p.16.

²⁰ Bernard Ennuyer, Histoire d'une catégorie, « *La dépendance des personnes âgées* ».

C) Reconnaissance de la gériatrie

En milieu hospitalier, malgré la mise en place des filières gériatriques, la reconnaissance de la spécificité de la gériatrie demeure difficile et souffre d'une légitimité qui doit être souvent sur-argumentée par rapport à des spécialités plus « nobles ». La revalorisation de la fonction gériatrique au sein de l'hôpital reste peu portée par la communauté médicale et les directeurs d'établissements oscillent entre une préoccupation de performance et un souci de répondre à leur mission de service public mais semblent progressivement intégrer l'intérêt d'une démarche vers une gériatrie « plus moderne ».

Dès lors, au regard de cet environnement complexe, le cadre de santé, manager de proximité, est un acteur incontournable, garant d'une prise en charge et d'un accompagnement de qualité des personnes âgées et de leurs familles en EHPAD et USLD.

1.2 Le cadre de santé en EHPAD-USLD : une identité fragile et singulière

De nombreuses mutations secouent le monde hospitalier et sous l'effet des changements technologiques, organisationnels, sociétaux, culturels ..., les activités des cadres de santé se transforment.

1.2.1 Un métier en tension

A) Un état des lieux préoccupant

Selon une enquête menée en 2000 à la demande de la direction des hôpitaux²¹, 6% des postes de cadres étaient inoccupés et les départs en retraite des cadres n'ont cessé d'augmenter pour atteindre un nombre de départs par an maximal en 2013.

En 2007, une étude menée conjointement par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de l'ENSP²² a permis d'identifier 10 métiers sensibles dans la fonction publique hospitalière. Parmi ces métiers en tension, on retrouve les cadres de santé de proximité. Il ressort de cette monographie que de nombreux établissements de santé doivent faire face à une pénurie et à un turnover de cadres de santé. Cette situation est plus marquée dans des petits établissements ou des spécialités moins attractives telles que la gériatrie et la psychiatrie. De nombreuses raisons peuvent expliquer ces difficultés de recrutement et de turnover telles que des départs massifs à la retraite, une faible attractivité notamment en raison d'un faible gain de rémunération, le poids des responsabilités, la pénibilité du travail, un manque d'anticipation des départs par les directions, des

²¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction des hôpitaux, étude sur l'encadrement hors équipe de direction dans les établissements de santé, octobre 2000.

²² *Etude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière*, tome 2, Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2007.

restructurations ...et plus spécifiquement en EHPAD-USLD, l'impact des mutations de la gérontologie.

Selon les données recueillies par la direction générale de l'offre de soins²³, il y a actuellement dans les établissements de santé 26 000 cadres chargés de l'organisation des soins. Sur ce total, il faut compter près de 20 000 cadres responsables d'unités de soins. Néanmoins, la profession cadre enregistre un taux moyen de croissance « négatif » de - 0,9% entre 2004 et 2007²⁴. Les futurs départs en retraite viennent renforcer cette tendance. Les projections des départs à la retraite des cadres de santé faisaient un état de 1548 départs en 2015, 1504 en 2016 et 1452 en 2017²⁵.

Au regard de ces éléments, la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé semble bien réelle et en particulier dans un secteur moins attractif tel que les EHPAD-USLD.

B) ... aux conséquences directes

La carence en management de proximité en EHPAD-USLD a des conséquences directes sur les risques psycho-sociaux des professionnels et sur la grabatisation des personnes accueillies. Michel Personne, Docteur en sciences humaines, mentionne que lorsque les professionnels sont peu présents à eux-mêmes et aux personnes qu'ils accompagnent, qu'ils sont enfermés dans une routine et qu'ils manquent d'espaces de réflexions et d'initiatives collectives, ce sont les personnes âgées qui en subissent les conséquences. Dès lors, les équipes ont besoin d'un encadrement managérial contenant et sécurisant. Devant une pénurie croissante de cadres de santé, dont les causes identifiées n'ont à ce jour pas véritablement été traitées, l'hôpital demeure dans l'obligation de positionner des faisant fonction pour conduire sur le terrain, les politiques institutionnelles et manager les équipes.

C) ... amenant une solution : le faisant fonction de cadre de santé

Le choix du faisant fonction s'explique par le fait qu'il permet à la fois aux établissements de santé de pallier au manque d'effectifs d'encadrement, d'assurer une continuité dans la gestion des équipes, de réaliser des économies de fonctionnement et de disposer « d'un management plus malléable » à diriger. Les chiffres de la DHOS de 2007 dénombrent 3 300 faisant fonction cadre de santé²⁶.

²³ Yahiel et Mounier, 2010, p 10.

²⁴ Source : SAE base administrative 2004-2007 (données brutes), DREES.

²⁵ Projections des départs à la retraite par corps 2008-2017. Etude réalisée par la DHOS/Cellule des statistiques.

²⁶ BOURGEON, D. (2015), « *Faire fonction de cadre de santé* », Editions Lamarre, p.40.

Une étude réalisée de 1990 à 2012²⁷ par l'IFCS de Poitiers fait état d'un nombre croissant de faisant fonction intégrant l'IFCS. Sur ces 20 dernières années et sur cette étude portant sur 653 étudiants, le pourcentage de faisant fonction de 1990 à 2001 est de 23,6% et celui de 2002 à 2012 est de 57,8%.

A côté des faisant fonction, on peut repérer d'autres statuts en EHPAD : les infirmiers (ères) coordinateurs (rices) (IDEC) et les infirmiers (ères) de liaison.

Ainsi, au regard de ce que renvoient ces différents statuts se posent les questions de légitimité, de positionnement et de posture managériale.

1.2.2 Un portrait singulier et pluriel

A) Un métier de manager

Les cadres de santé exercent un métier de manager qui, au regard de la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière, a la particularité de ne pas appartenir à la famille « Management, gestion, aide à la décision » mais reste classé dans la famille des métiers de « Soins »²⁸ et dans la sous famille « Management des organisations des soins » défini comme un « ensemble des activités de gestion et de management des ressources (humaines, matérielles, financières, informationnelles) concourant à la conception, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins ».

Dans ce répertoire, le cadre de santé est dénommé encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales dont les missions consistent à organiser l'activité de soins et des prestations associées, manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations, développer une culture du signalement et de la gestion des risques mais également les compétences individuelles et collectives tout en participant à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Autre constat dans ce répertoire, la comparaison entre les définitions, activités et savoir-faire des deux fiches métiers : encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et encadrant socio-éducatif met en évidence des activités communes qui relèvent du management, de la conduite de projet, de l'organisation... Le comparatif des fiches métiers de l'Agence pour l'emploi des cadres (APEC) aboutit aux mêmes constats²⁹.

B) Une fonction d'encadrement

Chantal de Singly, dans son rapport issu de la Mission cadres hospitaliers, définit la fonction d'encadrement comme « *L'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui*

²⁷ Etude réalisée en 2003 par M. Calmettes et N. Bernardeau, cadres supérieurs de santé paramédicaux, IFCS Poitiers.

²⁸ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la Fonction Publique Hospitalière mise à jour le 13.12.16.

²⁹ « Santé, action sociale - Les métiers cadres du secteur de la santé et de l'action sociale », in site de l'APEC, <https://cadres.apec.fr/Emploi/Marche-Emploi/Fiches-Apec/Fiches-secteurs/A-voir-aussi/Les-metiers-cadres-du-secteur-de-la-sante-et-de-l-action-sociale>.

*consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés*³⁰ » et propose quatre missions principales :

- Une mission de management d'équipe et d'organisation des infirmiers et aides-soignants qui trouve sa traduction dans l'activité du cadre lorsqu'il supervise l'organisation du travail, qu'il établit les plannings et prévoit les remplacements pour maladies ou congés ;
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet par la participation du cadre infirmier au déploiement de nombreux projets ;
- Une mission d'expert de par son métier d'origine d'infirmier ;
- Une mission de formation de par ses activités d'accompagnement des infirmiers et aides-soignants dans le développement de nouvelles pratiques, d'accueil de nouveaux embauchés ou des élèves-stagiaires au sein de son établissement.

Cette définition reste très générale et la fonction de cadre de santé est bien plus disparate.

C) Le travail des cadres de santé

Les travaux H. Mintzberg montrent une réalité plus complexe avec un travail morcelé se traduisant par beaucoup de travail à un rythme soutenu, une activité caractérisée par la brièveté, la variété, la fragmentation, la préférence pour l'action, l'importance de la communication verbale, le cadre (à la charnière entre son organisation et un réseau de contacts) et un mélange de droits et de devoirs.

H. Mintzberg décompose le travail de manager en dix rôles répartis sur trois niveaux. Le premier niveau est l'information qui confère au cadre des rôles d'observateur actif, de diffuseur d'information et de porte-parole. Le deuxième niveau est le contact inter personnel qui le positionne en tant que symbole, leader et agent de liaison. Le troisième niveau est celui de la décision / action qui amène le cadre à être un entrepreneur, un répartiteur de ressources, un régulateur/gestionnaire des perturbations et un négociateur. Selon F. Six³¹, le travail des cadres est encore peu étudié du point de vue de l'activité réelle qu'il déploie, des conditions dans lesquelles il s'effectue, et des tensions qu'il génère entre l'information descendante et montante et entre les injonctions, parfois contradictoires, de la Direction.

D) Une place singulière

Les cadres de santé occupent également dans le soin une place singulière. Ils n'effectuent plus les soins mais encadrent (dimension de contrôle) sous la responsabilité de médecins (domaine du traitement) avec lesquels ils collaborent. Ils obéissent à deux hiérarchies bien distinctes ; ils coordonnent les parcours des patients sous l'autorité fonctionnelle des médecins, et en particulier du médecin chef de service (faire alliance avec lui dans le

³⁰ De Singly, 2009, p. 20.

³¹ Six, F., (2000). Le travail des cadres. Le point de vue de l'ergonomie. Actes de colloques. 26ème Congrès National de Médecine du Travail, Lille.

domaine du traitement) ; ils managent les ressources matérielles et humaines dont ils disposent sous l'autorité administrative du cadre de pôle (faire alliance avec ce dernier dans la dimension contrôle).

Face aux difficultés de recrutement dans ce secteur d'activité, il semble intéressant d'appréhender le concept d'image métier et d'observer dans quelle mesure cette notion peut influencer et orienter les choix professionnels des individus et influencer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

1.2.3 L'image métier, clé de l'attractivité ?

Dans l'approche image métier, il s'agit de zoomer sur le métier en lui-même et à son attractivité pour répondre à ses difficultés. Dès lors, l'objectif poursuivi est d'inciter les vocations vers ce métier et ce secteur d'activité et de fidéliser ceux qui les exercent. « *Parler d'attractivité d'un métier, c'est se poser la question de sa notoriété, de sa bonne connaissance par ceux qui pourraient l'exercer et donc de la manière dont il est perçu*³² ». « *L'image métier est une représentation globale du métier dans l'esprit des individus. Elle correspond à l'ensemble des représentations mentales formées suite à l'exposition d'un individu à différents stimuli internes et externes*³³ ».

F. Brillet et F. Gavaille identifient six dimensions de l'image métier, c'est-à-dire les représentations associées au métier par l'individu, qui concourent à former l'image métier :

- La dimension « accomplissement ». Le métier est alors perçu par son contenu et son utilité à la société ;
- La dimension « rétribution ». Cette dimension correspond à la perception associée au niveau de rémunération du métier ;
- La dimension « responsabilité » qui correspond au degré de responsabilité perçu associé au métier (implication dans la prise de décision, impact des décisions, place hiérarchique ...)
- La dimension « risques ». L'individu caractérise le métier en fonction des risques perçus dans son exercice (risques physiques et psychiques en lien avec les conditions de travail, risques pris lors des décisions ...)
- La dimension « équilibre vie personnelle et professionnelle ». Il s'agit de la représentation de l'impact du métier sur la vie privée ;
- Enfin, la dimension « relationnel » (relations interpersonnelles) : travail en équipe, isolement, relations avec les tiers, les pairs ...).

³² Franck Brillet, Franck Gavaille « L'image métier : exploration d'une notion au cœur du choix professionnel », *Management & Avenir* 2016/2 (N° 84), p. 54.

³³ *Id.*, p. 58.

Ainsi l'image influe l'attraction ou non qu'éprouve un individu pour un métier avant de l'exercer. L'image métier, quant à elle, a un impact sur la fidélisation de l'individu à son métier et à son exercice en fonction de sa satisfaction dans l'exercice du métier, de la concordance entre l'image de soi et sa représentation du métier. Dès lors comment expliquer la motivation et l'engagement des cadres dans ce métier et ce secteur d'activité.

1.2.4 Les relations de l'homme au travail et à l'organisation

Dans cette partie et au regard de notre sujet, nous ferons succinctement référence à certaines approches et concepts influençant l'attractivité et la fidélisation des professionnels. De nombreuses théories sur la motivation existent, cependant nous nous limiterons à présenter, dans ce champ, la théorie motivationnelle d'Herzberg issue du monde du travail, la motivation de l'individu en groupe, l'intérêt stratégique de l'acteur et son implication organisationnelle.

A) La motivation au travail

Selon Vallerand et Thill (1993), « *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ».

La théorie d'Herzberg énonce deux catégories de facteurs concourant à la motivation au travail, ceux qui apportent de la satisfaction aux personnels et ceux qui ne produisent que de l'insatisfaction. La satisfaction professionnelle se définit comme le sentiment positif ou négatif qu'un individu éprouve à l'égard de son emploi et de son milieu de travail. Dans les deux cas, il s'agit d'une attitude, d'une réaction affective de l'individu par rapport à son travail lui-même mais aussi par rapport à ses conditions matérielles, sociales et psychologiques dans lesquelles il travaille (Herzberg, 1966).

Parmi ceux qui apportent de la satisfaction, Herzberg identifie des facteurs tels que : l'accomplissement ou la sensation d'avoir bien réalisé son travail ; la reconnaissance ; le travail en tant que tel ; la responsabilité et le plan de carrière au travers de la promotion et de la réalisation de soi. D'autres facteurs produisent de l'insatisfaction comme les qualités et défauts du supérieur hiérarchique, la rémunération, la politique de l'établissement, les relations de travail, les conditions de travail (sécurité de l'emploi, la valorisation au travers de l'emploi, les conditions de vie au travail).

D'autres théories sur la motivation montrent que la motivation de l'individu peut être modifiée par l'interaction avec le groupe.

B) L'interaction avec le groupe professionnel

Des facteurs tels que la structure hiérarchique et son style, l'homogénéité du groupe, le sentiment d'appartenance au groupe, la taille du groupe, les caractéristiques de l'activité,

le contexte organisationnel et environnemental et l'évaluation du groupe peuvent avoir une influence sur le groupe professionnel. Cette notion est intéressante à prendre en compte au regard du groupe des cadres au sein d'un établissement. Outre cette interaction, l'individu développe également ses propres stratégies.

C) L'intérêt stratégique de l'acteur

Cette approche se rapporte aux travaux de la sociologie de l'action organisée de Crozier et Friedberg (1994). L'organisation se révèle être un espace où se jouent des stratégies et des luttes de pouvoir entre les acteurs aux intérêts divergents. Ces auteurs définissent trois notions clefs pour appréhender cet espace : les zones d'incertitude, le pouvoir et le système d'action concret. Ces deux auteurs énoncent une analyse stratégique partant d'un double postulat. Le premier postulat repose sur la liberté relative de l'acteur et sur sa marge de liberté qui varie en fonction de son pouvoir au sein de l'organisation. Le second postulat indique que la conduite de l'acteur est rationnelle au sens où l'acteur est supposé avoir de bonnes raisons d'agir comme il le fait.

Les concepts d'intérêts et de raisons d'agir permettent de décrire et de comprendre les postures et les comportements des acteurs au sein de l'organisation. Les acteurs sont stratégiques dans l'espace professionnel dans le sens où ils recherchent d'une part des opportunités pour améliorer leurs gains (augmenter leurs marges d'autonomie, par exemple) et d'autre part, à limiter leurs pertes. En fonction de leurs stratégies, leur implication dans l'organisation et le travail sera déterminante.

D) Implication organisationnelle et au travail

Il existe une grande variété de définitions mais la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'implication est comme une force stabilisatrice ou contraignante qui guide le comportement d'un individu. Allen et Meyer (1996) définissent l'implication organisationnelle comme « *le lien psychologique qui unit l'employé à son organisation et qui rend moins probable son départ volontaire de l'organisation* » et repose sur le désir de ce dernier de rester dans l'organisation, sur son obligation de rester dans l'organisation et/ou au besoin de rester dans l'organisation. Elle est fondée sur des valeurs et des intérêts partagés et est habituellement déterminée par les caractéristiques de l'emploi et est donc plus liée aux conditions extrinsèques qu'à la motivation intrinsèque. La motivation intrinsèque se réfère au fait d'effectuer une activité pour elle-même, pour le plaisir et la satisfaction qu'elle procure (Deci, 1975) en termes de stimulation, de connaissances et d'accomplissement. La motivation extrinsèque quant à elle fait référence à une grande variété de comportements où le but des actions va au-delà de l'activité par plaisir. Elle peut se traduire ainsi par rapport à un poste de travail, une affectation : « *Je suis affecté à ce poste parce que mon employeur l'exige* », « *J'ai accepté cette affectation parce que je me sentirais coupable si je ne le faisais pas* », « *J'ai choisi ce poste parce que c'est important pour moi* ».

J-P Neveu et M. Thévenet³⁴ distinguent cinq logiques d'implication au travail : dans les valeurs du travail, celles de l'entreprise, dans l'environnement immédiat du travail, dans le métier et le contenu du travail et dans le contenu ou l'activité de l'entreprise.

Dès lors, de plus en plus d'établissements envisagent les problématiques autour de l'attractivité et de la fidélisation des ressources humaines par une approche institutionnelle dont l'objectif est d'attirer les ressources disponibles sur le marché de l'emploi vers les entreprises.

1.3 Attractivité et fidélisation des ressources humaines : Quelles stratégies ?

Avant d'aborder les stratégies développées par les entreprises pour attirer et fidéliser les ressources humaines, nous nous attarderons dans un premier temps sur quelques concepts clés.

1.3.1 Définitions

A) Le capital humain en gestion des ressources humaines

Le concept de capital humain peut être défini³⁵ comme « *La somme des compétences, de l'expérience et des connaissances* ». Plus récemment, Bontis (1998) définit le capital humain comme : « *Le rassemblement des ressources intangibles possédées par les membres de l'organisation. Ces ressources peuvent être de trois types : les compétences (incluant les talents et le savoir-faire), les attitudes (motivation, qualités de leadership des dirigeants), et l'agilité intellectuelle...* ».

Selon Davenport (1999), la gestion efficace du capital humain passe par quatre grands domaines d'interventions :

- l'attraction, embaucher les bonnes personnes ;
- le développement : être en capacité d'offrir aux employés l'accès à l'apprentissage continu ;
- la mobilisation qui sous-entend de chercher l'investissement optimal de son capital humain en instaurant le contrat psychologique et en offrant un environnement de travail qui stimule et encourage la contribution ;
- la fidélisation par la mise en place des stratégies permettant la loyauté et l'engagement.

La prise en compte et l'importance stratégique accordées au capital humain dans une entreprise sont des évolutions encore récentes. Néanmoins, il est avéré que des entreprises aux secteurs d'activité similaires peuvent avoir des résultats très différents et ce, s'expliquant par le fait que les meilleures entreprises réussissent à mobiliser leurs

³⁴ J-P Neveu, M. Thévenet, *L'implication au travail*, Vuibert, Paris, 2002.

³⁵ Article fondateur du Prix Nobel Schutz, en 1961.

ressources et en particulier le capital humain ce qui les amènent à se différencier nettement de leurs concurrents. Dès lors, le management ne peut se concevoir sans le développement de bonnes pratiques de gestion du capital humain.

B) Concept d'attractivité

Selon une approche marketing, l'attractivité se définit comme un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique (Berthon, Ewin, Hah, 2005)³⁶.

Une entreprise est dite attractive dès lors qu'elle donne envie que l'on travaille pour elle, qu'elle attire spontanément les candidats et que les salariés sont fiers, satisfaits d'en faire partie. Ainsi la nécessité pour une structure d'attirer des futurs salariés s'inscrit davantage dans le processus de recrutement des entreprises. Le processus de recrutement peut s'entendre comme un ensemble d'actions mises en œuvre par l'organisation pour attirer des candidats qui possèdent les compétences nécessaires pour occuper dans l'immédiat ou dans l'avenir un poste vacant (Sekiou, al. 2001, p.227)³⁷.

L'attractivité d'une entreprise est fortement liée à sa « marque employeur », sa culture mais également son image vis-à-vis des clients et de sa situation économique, budgétaire.

C) Concepts de fidélisation et de turnover

Une personne est considérée comme fidèle lorsqu'elle est en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation (Peretti, Swalhi, 2007)³⁸. Dès lors, la fidélisation et le phénomène de turnover sont liés. Néanmoins, le départ d'un salarié peut être à l'initiative de ce dernier ou de l'organisation. Peretti (1999) définit un dispositif de fidélisation des salariés comme l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés.

Chaminade (2004) a schématisé la fidélisation sous une forme d'équation : « *Fidéliser = attirer les talents + maintenir les compétences + avoir des salariés qui s'investissent dans leur entreprise et leur travail* ».

C'est donc plutôt sur les causes de départs évitables qu'un diagnostic de fidélisation doit s'appuyer en vue d'une amélioration. Ces départs sont en général liés soit à une mauvaise gestion des ressources humaines, soit à un dysfonctionnement de l'organisation, soit à l'emploi proprement dit : mésentente avec le supérieur hiérarchique, contenu du travail, mauvaises conditions de travail, objectifs irréalisables, routine, absence de reconnaissance des performances ou de l'implication ... Lorsque les causes sont dépendantes de l'établissement, ce peut être : l'absence d'un plan de carrière, des horaires rigides,

³⁶ Renaud Petit, Véronique Zardet « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH 2017/1 (n° 22), p. 35.

³⁷ *Id.*, p. 36.

³⁸ *Ibid.*, p. 36.

l'absence d'opportunités, un stress et un travail sous pression, une mauvaise ambiance de travail, le manque d'autonomie, l'avenir incertain de l'établissement, un niveau de rémunération non satisfaisant ...

Dès lors, les deux concepts d'attractivité et de fidélisation ne peuvent se traiter indépendamment et amènent les entreprises à reconsidérer leur politique.

1.3.2 Marque employeur et marketing RH

La « marque employeur » vise à recruter les meilleurs candidats, à mobiliser les employés et à conserver et développer les employés talentueux.

A) L'image de marque employeur

Ambler et Barrow (1996) définissent « *La marque employeur (ou l'image de marque employeur) comme le forfait de bénéfices fonctionnels (caractéristiques organisationnelles et caractéristiques de l'emploi), économiques (conditions de travail ou d'emploi ; nature de l'environnement de travail ; pratiques de bien-être des employés au travail) et psychologiques (symboles et traits organisationnels) qui émanent de la relation d'emploi* ».

Ainsi chaque établissement présente son propre forfait de bénéfices qui lui confère un positionnement distinctif sur le marché du travail. Les chercheurs d'emploi de même que les salariés ne s'intéressent pas uniquement aux caractéristiques organisationnelles (rémunération, localisation géographique, environnement de travail ...) mais accordent aussi une signification particulière symbolique à l'organisation. Parmi les caractéristiques instrumentales ou organisationnelles de l'image de « marque employeur » qui ont une valeur d'attraction, on peut retrouver des éléments tels que : un environnement de travail plaisant, sain et sécuritaire, les possibilités de développement de carrière et de participation à des formations, les bonnes relations avec les collègues et le supérieur hiérarchique, une organisation de travail qui respecte des valeurs morales, humaines et éthiques, une organisation responsable socialement et qui offre des prestations de qualité, une organisation qui permette l'innovation dans les pratiques et un niveau élevé d'autonomie décisionnelle dans la réalisation du travail ...

Pour ce faire, la « marque employeur » doit donc témoigner des avantages à travailler pour l'organisation, de la valeur ajoutée de ses pratiques de GRH et de sa capacité à pouvoir satisfaire les besoins et les attentes des candidats et des employés.

Le marketing RH représente une nouvelle façon de communiquer sur les valeurs et les initiatives liées au capital humain.

B) Marketing ressources humaines (RH)

Selon Dubois et Pelletier (2010), le marketing RH vise à promouvoir l'organisation et ses emplois auprès des candidats et des employés générant ainsi une nouvelle approche en matière d'attraction et de fidélisation des employés.

Le marketing RH se décline sous deux axes fondamentaux, le marketing RH interne et le marketing RH externe.

Le marketing RH interne vise à promouvoir les « prestations » RH au sein même de l'entreprise vis-à-vis des salariés et concerne les différentes pratiques visant à consolider la relation employeur/employés. Ainsi, l'identification et la communication de la stratégie d'entreprise, la consolidation des pratiques de gestion ou la promotion d'avantages offerts par l'entreprise peuvent être des éléments de marketing RH interne permettant de fidéliser les employés et d'accroître leur attachement à l'entreprise.

Afin de valoriser cette image auprès des salariés, Dubois et Pelletier (2010) proposent d'accompagner le marketing RH interne d'un plan de communication porté par les employés qui sont les acteurs, les ambassadeurs privilégiés pour diffuser la marque employeur sur le marché du travail ou dans la communauté.

Le marketing interne RH communique « *la proposition de la valeur attrayante de l'employeur* » dans l'organisation³⁹ ».

Le marketing RH externe, quant à lui, vise à différencier et valoriser l'entreprise sur son marché auprès des potentiels candidats.

Dubois et Pelletier (2010) définissent le marketing RH externe comme la somme des actions mises en avant par l'organisation pour améliorer la capacité d'attraction de l'entreprise. Le marketing RH externe peut passer par un site carrières, une forte présence sur les réseaux sociaux (LinkedIn, Viadeo, Facebook, Twitter), des actions événementielles (forums emplois, forums auprès des étudiants ...), des actions de responsabilité sociétale, des communiqués de presse sur des sujets RH ...

Le marketing RH à l'externe contribue à positionner l'entreprise comme un employeur de choix permettant d'attirer les meilleurs candidats et lui permet d'acquérir du capital humain distinctif.

C) Employeur de choix

Dans cette dynamique, des organisations s'investissent dans des pratiques exemplaires de GRH et prônent une culture du meilleur employeur. Être un Employeur de choix, c'est être reconnu par ses employés pour la mise en place de saines pratiques en gestion des ressources humaines qui ont pour effet de les motiver et de les maintenir en emploi.

³⁹ PAILLE, P. (2014), *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines – Nouveaux enjeux, nouvelles réponses*, Presses de l'Université Laval. p. 12.

Baek-Kyoo et Mclean (2006) identifient trois principales caractéristiques d'un employeur de choix qui sont :

- les occasions de formation et de développement des employés,
- les possibilités de progression professionnelle,
- et une culture qui valorise le bien-être des employés.

Les traits du bon employeur sont également à l'origine des hôpitaux dits magnétiques.

1.3.3 Les hôpitaux magnétiques ou comment développer l'attractivité ?

Face à la pénurie d'infirmiers, une étude américaine en 1983 a conduit une expérience innovante visant à analyser les caractéristiques des hôpitaux qui étaient peu confrontés à cette problématique et qui ont été dénommés *magnet hospitals* (hôpitaux magnétiques). Ils sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. Les attributs magnétiques sont regroupés autour de huit conditions essentielles : l'autonomie professionnelle des infirmières, les supports fournis par l'administration (sécurité au travail, équipement ...), une bonne collaboration entre les médecins et les infirmières, la valorisation professionnelle et le leadership (formation, respect et confiance en l'administration ...), des relations positives avec les pairs (soutien des collègues, compétences, appartenance à un groupe ...), un ratio de personnel adéquat, un focus client et l'importance de la qualité. Les hôpitaux magnétiques se caractérisent par huit traits : ils privilégient l'action ; ils ont un souci concret du client ; ils favorisent l'autonomie et le dynamisme professionnels ; ils recherchent la productivité mais avec l'appui des employés ; ils sont portés par des valeurs ancrées et partagées ; ils comptent peu de paliers hiérarchiques ; ils affichent une gestion souple et ferme à la fois et enfin, ils sont des « prédicteurs » de qualité et d'efficience.

Y. Brunelle qualifie un hôpital magnétique ainsi : « *un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*⁴⁰ ».

Le projet ARIQ (Attractivité, Rétention, Implication des infirmiers et Qualité des soins) représente la modélisation européenne des hôpitaux magnétiques qui s'inscrit dans une logique de développement durable. Le modèle, utilisable en France, est défini à partir de trois axes : le sens de la mission, l'ouverture vers l'extérieur et le soutien organisationnel. Chaque axe est ensuite défini par sept dimensions qui se déclinent en dix-neuf références et quatre-vingt-huit critères d'évaluation.

Dès lors, le lien entre conditions de travail des personnels et la qualité des soins est indéfectible mais aussi gage d'un engagement, d'une motivation et d'une fidélisation des

⁴⁰ Yvon Brunelle, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins* 2009/1 (Vol. 40), p. 39-48.

personnels. La notion de qualité de vie au travail (QVT) fait référence aux hôpitaux magnétiques.

1.3.4 Qualité de vie au travail, un levier

La HAS s'est emparée de cette problématique en l'intégrant dans la certification (Critère 3.d Qualité de vie au travail (QVT) : « *Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif qui implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation* »).

Le dispositif QVT concerne tous les services et toutes les catégories de professionnels. Selon le manuel de certification V2014, la QVT dépend notamment de la qualité des relations de travail, de l'organisation et du contenu du travail, de l'environnement physique, des possibilités de réalisation et de développement professionnels et de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

La QVT s'articule avec d'autres critères du manuel :

- Critère 1b : engagement dans le développement durable
- Critère 2a : Direction et encadrement des secteurs d'activité
- Critère 2d : dialogue social et implication du personnel
- Critère 2e : indicateurs, tableau de bord et pilotage de l'établissement
- Critère 3a : management des emplois et des compétences
- Critère 3b : intégration des nouveaux arrivants
- Critère 3c : santé et sécurité au travail
- Critère 10a : prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance.

Ainsi, la certification HAS appliquée à la GRH contribue à la rénovation de la fonction RH dans les établissements publics de santé et médico-sociaux.

Néanmoins, il n'existe pas de critères ou d'exigences d'appréciation spécifiques à destination de l'encadrement.

1.3.5 Vers une modernisation de la politique RH

Dans le rapport sur la modernisation de la politique RH dans les EPS (2011), les auteurs, D. Toupillier et M. Yahiel proposent trente-quatre recommandations visant à moderniser et à optimiser la politique des RH dans les EPS.

Le rapport précise que l'objectif est de « *passer d'une fonction de ressources humaines fondée sur la gestion administrative [...] à une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance du capital humain incontestable, qui crée la valeur indiscutable de l'hôpital* ».

La politique de GRH doit maintenant intégrer des enjeux essentiels tels que le recrutement, la fidélisation, la mobilisation, la valorisation, l'autonomisation et l'efficacité. Importé du

secteur privé, le concept de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tente de répondre à ces objectifs en « *permettant de réduire les écarts entre les besoins et les ressources en fonction du plan stratégique de l'établissement et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnel*⁴¹ ».

1.3.6 La RSE, un moyen de fidélisation des collaborateurs

Alors qu'elle est en pleine expansion dans le milieu des entreprises, les établissements sanitaires et médico-sociaux tendent de plus en plus à s'engager volontairement dans une démarche RSE. La RSE influe sur la fonction RH de l'entreprise et en particulier sur le management. Travailler sur la motivation et l'implication des salariés est un axe important des approches RSE. Beaucoup de projets RSE ont contribué à limiter le turnover de l'entreprise ou à limiter les risques psychosociaux. Les travaux de Sandra Bertezene⁴² mettent en avant les bénéfices de la RSE dans le secteur médico-social se traduisant par moins d'absentéisme, d'accidents du travail et de turnover. Dès lors le lien entre management et RSE évolue vers un concept de management durable. Le management des hommes par le développement durable s'organise autour de trois leviers : Améliorer le bien-être dans les organisations, manager par le sens pour plus d'efficacité et utiliser la RSE comme outil de recrutement.

Malgré une politique de plus en plus volontariste des établissements hospitaliers de promouvoir une politique et des dispositifs en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des ressources humaines, la problématique spécifique liée aux cadres de santé et en particulier au secteur EHPAD-USLD est à prendre en considération et à explorer. Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé une enquête auprès de professionnels concernés et impliqués dans la réflexion qui se pose autour de la problématique de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD en secteur hospitalier.

⁴¹ BOURGEON, D. (2012), « *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail* », Editions Lamarre, p. 167.

⁴² BOUTET, C., DELACOURT, G. (Octobre 2016), « La démarche RSE suppose un bouleversement organisationnel », *La Gazette SantéSocial*, n°133, p. 20-21.

2 Méthodologie de l'étude et présentation des résultats

Cette partie présentera le travail d'enquête réalisé afin d'éclairer notre questionnement et répondre aux trois hypothèses posées précédemment dans notre introduction.

2.1 Les méthodes et outils d'enquête

Pour notre étude, nous avons opté pour une méthode qualitative à visée compréhensive car plus appropriée pour recueillir des informations telles que des opinions, des comportements et des pratiques tout en prenant en compte les contextes propres à chacun. Nous avons ainsi mobilisé deux méthodes d'enquête dans le cadre d'objectifs préalablement définis.

2.1.1 Objectifs de l'étude

Afin de pouvoir répondre à la question centrale de notre mémoire et vérifier nos hypothèses, notre travail visait les quatre objectifs suivants :

- Identifier la réelle problématique de recrutement et de fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD.
- Explorer les raisons de cette problématique.
- Mettre en évidence la politique et les dispositifs mis en place par les établissements de santé et l'IFCS contribuant à l'attractivité et à la fidélisation des cadres de santé et plus particulièrement dans ce secteur d'activité.
- Susciter auprès des acteurs des préconisations afin de faire évoluer le recrutement, la fidélisation et la promotion de la fonction cadre de santé et en particulier dans ce secteur d'activité.

Au regard de ces objectifs, nous avons défini nos modalités d'enquête.

2.1.2 Modalités de réalisation de l'enquête

Au préalable à notre enquête, nous avons conduit trois entretiens exploratoires : 2 auprès de cadres de santé (CS) et 1 auprès d'un cadre supérieur de santé (CSS) exerçant en gériatrie au cours de notre premier stage d'immersion professionnelle, sur la période du 13 février au 10 mars 2017.

L'enquête s'est ensuite déroulée sur un mois, du 22 mai au 18 juin, période correspondant à notre deuxième stage. Le choix de limiter cette période s'explique par le fait que nous avons traité cette problématique dans une approche territoriale dont nous allons maintenant présenter les établissements concernés et la population enquêtée.

2.1.3 Environnement et population ciblée

Cette enquête s'est déroulée auprès de 4 établissements d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) comprenant 9 entités et d'un établissement hors GHT. Les établissements concernés disposaient tous d'un secteur EHPAD et/ou d'une USLD. Pour compléter cette approche territoriale, l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) choisi dans le cadre de notre enquête a été l'institut de la Région du GHT.

Tableau 1 : Présentation des établissements enquêtés et des populations interviewées

	Entité A (établissement support du GHT)	Entité B	Entité C	Entité D	Entité E (hors GHT)	IFCS de la Région / GHT
Capacité totale / Agrément	1752	922	218	233	1060	55
Nombre d'agents ou d'étudiants	5354	1776	180	195	3134	32 à 34 étudiants en septembre 2017
Spécialités	MCO – SSR – USLD - EHPAD	MCO – SSR – USLD – EHPAD - Psychiatrie	EHPAD - Médecine	Médecine – SSR - EHPAD	MCO – SSR – USLD – EHPAD	
Nombre de lits et places en EHPAD-USLD	256 USLD – 276 EHPAD	82 USLD – 312 EHPAD	207 EHPAD	208 EHPAD	85 USLD – 253 EHPAD	
Nombre d'entretiens individuels	8	2	1	2	1	1
Populations interviewées	1 DRH – 1 Directeur de pôle PA – 1 CSS pôle PA – 1 CSS filière PA – 2 CS EHPAD – 1 CS en pneumologie – 1 CS en chirurgie orthopédique	1 DS - 1 CSS EHPAD-USLD	1 CSS	2 CS	1 DS	1 CSS

Ainsi, au sein de ces différentes structures, nous avons enquêté auprès de quinze acteurs de profils différents.

Pour mener notre enquête, nous avons retenu deux méthodes d'investigation.

2.1.4 Choix des outils et modalités d'utilisation

Nous avons opté pour une méthode d'investigation qualitative, l'entretien semi-directif que nous avons complété d'un questionnaire individuel d'opinion à destination des cadres de santé en EHPAD-USLD. En effet, au regard de nos recherches, nous avons souhaité faire un focus sur leur satisfaction par rapport à leur environnement de travail et leur exercice professionnel.

Les entretiens semi directifs :

Dès lors nous avons conçu un guide d'entretien comprenant une série de questions ouvertes en lien avec les objectifs de l'enquête, nos hypothèses et les éléments conceptuels.

Pour notre étude, nous avons fait le choix de réaliser 7 guides d'entretien⁴³ adaptés aux profils des interviewés ; DSCGS – DRH – Directeur de pôle PA – CSS pôle PA – CSS en IFCS – CS exerçant en EHPAD-USLD – CS n'exerçant pas en EHPAD-USLD.

Les entretiens ont été programmés sur rendez-vous et ont duré en moyenne une heure. Ils ont été réalisés en face à face excepté deux qui, pour des raisons de temps et de distance, ont été effectués par téléphone. Ils se sont déroulés sur le lieu de travail des professionnels et dans leur bureau.

Au préalable de l'entretien, l'objet de l'étude, les modalités et le déroulement de l'entretien ont été présentés à chaque interviewé. Pendant l'entretien, nous avons cherché à établir une relation de confiance avec celui-ci ; nous l'avons guidé de manière à ce qu'il aborde les thèmes avec le but néanmoins que le répondant aborde seul le maximum de thèmes qui figurent dans le guide d'entretien. Dès lors nous avons été quelques fois surpris, lorsqu'au fil de leur raisonnement, les interlocuteurs répondaient déjà aux questions à venir. Pour y pallier, nous posions tout de même ces questions, en soulignant qu'ils y avaient, en partie, déjà répondu. Nos interventions ont consisté à reformuler dans le but de relancer, de contrôler ou d'approfondir un point.

Avec l'accord des interviewés et parce que l'environnement s'y prêtait, 13 entretiens sur 15 ont été enregistrés. Ces enregistrements ont permis d'enrichir notre prise de notes et d'extraire les verbatim pertinents au regard du sujet traité.

⁴³ Cf. annexe 1.

Questionnaire individuel d'opinion⁴⁴ :

Ce questionnaire vise à croiser les éléments d'information recueillis lors des entretiens des interviewés et leur perception à l'égard de leur environnement de travail et de leur exercice professionnel à partir du questionnaire individuel d'opinion ; l'objectif étant d'apporter un éclairage complémentaire. Ce questionnaire a été élaboré à partir de quelques éléments et indicateurs développés dans notre partie cadre conceptuel. Il est structuré autour de 7 items et comprend 21 points. Ce document a été remis au terme de chaque entretien effectué auprès des cadres de santé exerçant en EHPAD-USLD. Compte tenu de notre échantillon, nous avons recueilli quatre questionnaires. Au regard des différentes opinions proposées, les répondants sont invités à cocher la réponse pour laquelle ils sont le plus en accord.

Certes si cet outil est sous la forme d'un questionnaire, il n'en demeure pas moins que dans le cadre de notre travail, les résultats seront exploités sous une approche qualitative et non quantitative. Par ailleurs, cet outil, tel qu'il est conçu, présente comme biais d'orienter les opinions des acteurs.

Concernant ces deux outils, il a été rappelé aux interviewés l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies.

2.1.5 Points forts et limites de l'enquête

Cette étude réalisée dans le cadre d'un mémoire professionnel n'a pas la prétention d'être exhaustive mais permet d'apporter un éclairage à un moment donné sur une situation permettant d'élaborer des propositions concrètes. Les limites essentielles de ce travail tiennent d'une part à la taille de l'échantillon qui ne permet pas d'obtenir une représentativité suffisante pour généraliser les résultats et, d'autre part, au contexte spécifique de chaque établissement. Il convient de souligner par ailleurs qu'il aurait été intéressant de faire une étude comparative entre établissements à partir d'indicateurs d'attractivité et de fidélisation préalablement définis et également de rencontrer des cadres de santé et/ou des étudiants en IFCS refusant l'affectation dans ce secteur d'activité afin d'enrichir et de prolonger ce travail. Il n'a pas été possible également de rencontrer un médecin gériatre sur ce sujet en raison de tensions sur les effectifs médicaux lors de notre enquête.

Néanmoins, la diversité des entretiens, la qualité des échanges et les informations recueillies constituent les points forts de cette enquête.

⁴⁴ Cf. annexe 2.

2.2 Analyse des résultats

Dans cette partie et pour chacun des axes et champs explorés et selon des modalités préalablement définies⁴⁵, nous présenterons une analyse des résultats ainsi que les verbatim les plus pertinents pour donner sens à ces résultats.

2.2.1 Des cadres de santé qui ont choisi d'exercer en EHPAD-USLD

La population enquêtée⁴⁶ présente une grande hétérogénéité en termes d'ancienneté dans la fonction exercée, dans l'établissement et dans le poste actuellement occupé néanmoins toutes les personnes interviewées dans les établissements de santé ont choisi d'exercer leur fonction dans le secteur EHPAD-USLD excepté un cadre de santé où le poste lui a été proposé et qu'il a accepté sans aucune réticence ou à priori.

Plusieurs raisons ou facteurs ont motivé ou influencé le choix des cadres de santé à exercer dans ce secteur d'activité :

- **Des expériences, de stage ou professionnelle, antérieures positives dans ce secteur d'activité ;**
- **Un intérêt personnel particulier pour la personne âgée influencé parfois par l'environnement (familial) ;**
- **Une dimension relationnelle importante avec l'équipe médicale** (un travail avec une vraie culture gériatrique, une écoute et une collaboration), **la personne âgée, les familles ;**
- et enfin, le travail et le sens donné au travail : **autonomie, responsabilités, conduite de projets, diversité des activités, possibilité d'évolution professionnelle et valeurs professionnelles (sens du soin, respect de la personne, notion d'accompagnement).**

Ces cadres de santé en EHPAD-USLD ont choisi d'exercer dans ce secteur d'activité bien que leur environnement de travail soit contrasté. En effet, le ratio cadre/lits et places oscille entre 1 cadre pour 16 lits d'UHR, 1 cadre pour 24 à 40 lits, à un ratio d'1 cadre en moyenne pour 75 lits sur plusieurs établissements voire pour 100 lits et ce sur 1 ou 2 sites. L'exercice des cadres est isolé ou au sein d'une grande structure. Le temps médical est d'environ 0,30 ETP. Excepté un cadre, aucun n'a mentionné le GMP et le PMP de sa structure. Certes si l'encadrement est assuré par des CS, on retrouve néanmoins dans les effectifs d'encadrement des FFCS et une infirmière coordinatrice.

Dès lors ces éléments d'information laissent à penser que certains de ces facteurs plaident en faveur d'une attractivité et d'une fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

⁴⁵ Cf. annexe 3.

⁴⁶ Cf. annexe 4.

Encadré n°1. Exemples de phrases-témoins sur les motivations à exercer en EHPAD-USLD

Directeur de pôle PA (A) : « Suite à un stage de 10 mois en tant qu'élève directeur, j'ai découvert ce secteur qui m'a plu et le directeur m'a proposé le poste ».

CSS (D) : « Alors que j'avais une mauvaise connaissance du secteur médico-social, j'ai apprécié ce secteur car j'ai travaillé avec un médecin coordonnateur avec une vraie culture gériatrique ».

CSS (A) : « J'ai gardé un très bon souvenir de mon travail infirmier auprès des personnes âgées : travail enrichissant, prise en charge globale de la personne ; je n'étais pas vraiment une technicienne ».

CSS (C) : « J'ai toujours « baigné » dans la gériatrie, ma mère a travaillé en EHPAD et a terminé sa carrière en qualité de directeur d'EHPAD ».

CS EHPAD-UHR (A) : « On a l'écoute des médecins, on peut discuter, il y a de l'humain, du respect, de la collaboration que je n'ai pas retrouvés sur l'hôpital en MCO ».

CS EHPAD (A) : « Le travail me plaisait. Je ne me vois pas sur le court séjour, j'aurais peur de m'ennuyer, de me lasser, que le travail soit trop restrictif. En EHPAD, je ne suis pas cadre dans un service classique, j'ai tellement de choses différentes à faire et j'ai une autonomie, des responsabilités que j'aime bien ».

CS (D) : « Mon projet professionnel lorsque j'étais étudiante cadre était auprès des personnes âgées ou des enfants. C'est pourquoi à l'IFCS, j'ai effectué mon stage optionnel en crèche et en EHPAD ».

2.2.2 Un diagnostic difficile mais des forces et des faiblesses identifiées

Pour établir si le recrutement et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité représentent une problématique réelle, nous avons posé la question aux directeurs, aux CSS exerçant dans ce secteur d'activité et au CSS en IFCS. Au regard des éléments recueillis, nous constatons que **le diagnostic s'avère difficile à poser et que les avis sont partagés.**

En effet dans l'établissement A, les réponses des deux directeurs et des deux CSS interviewés diffèrent. Le DRH mentionne que la structure n'est plus confrontée à cette problématique depuis 4 ans alors que le directeur de pôle PA répond que l'établissement est confronté à cette problématique depuis 2009. Le CSS du pôle PA indique que le CH n'est plus exposé à cette problématique depuis novembre 2013 alors que son collègue de la filière gériatrique mentionne que la problématique est réelle.

Dans l'établissement B, les avis sont également partagés. Le DS répond que la structure n'est pas concernée par cette problématique « néanmoins la fonction de cadre de santé est complexe et je trouve qu'il y a de moins en moins de candidat par rapport à quelques années ». Le CSS quant à lui indique que la problématique est bien réelle et qu'« à défaut d'un cadre de santé, nous avons une IDE coordinatrice en cours de recrutement ; aucune autre candidature malgré de nombreuses annonces ». Il est à préciser que dans cet

établissement, le DS ne gère pas et n'intervient pas dans le secteur personnes âgées du CH.

Le CSS en IFCS constate « une baisse générale du nombre d'étudiants dans les IFCS en France » y compris dans son IFCS et une faible attractivité des étudiants pour la gériatrie « 3 à 5 étudiants sur une promotion d'une trentaine ont un projet d'exercice en « médico-social gériatrique » ; « 5% des étudiants en IFCS sont issus du secteur médico-social ».

Néanmoins, nous avons pu identifier des forces, des facteurs favorables et des faiblesses, des freins à l'attractivité et à la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

Selon les informations recueillies auprès de ces mêmes acteurs,

Encadré n°2. Les forces, les facteurs favorables sont :

- Une dynamique de pôle
- La présence d'un directeur D3S sur le pôle
- Un projet médico-social en cours
- Des projets : construction, PASA, UHR ...
- Un responsable qualité sur le pôle
- Le fait d'être dans un CH important qui offre aux CS une perspective de mobilité
- « Les postes sont pourvus par des sorties d'école qui n'étaient pas opposées à cette affectation (mais qui n'avaient pas de réel projet pour ce secteur) ».
- « Ce sont des IDE qui sont déjà issus du secteur EHPAD, que l'on finance au titre de la promotion professionnelle et qui réintègrent ensuite l'EHPAD à leur retour de formation ».
- « Le poste de cadre de santé est attractif car ils ont une autonomie importante, une hiérarchie réduite en direct avec la direction ; ils ne sont pas de garde le WE ; les cadres recrutent eux-mêmes leurs agents, mettent en place les projets avec une marge de manœuvre tout en étant guidé dans l'objectif fixé ».
- « Des cadres de santé du MCO ont postulé en EHPAD car ce sont des cadres qui ont une appétence pour le médico-social et qui avaient la possibilité de travailler sur des projets transversaux en lien avec les parcours des patients ».

Encadré n°3. Les faiblesses, les freins sont :

- Un profil particulier de cadre à rechercher : « Il faut quelque chose en plus pour être sur le secteur PA », « Il y a un truc en plus : empathie dans la personnalité du cadre ? », « Ce sont des cadres qui sont capables d'aller au-delà du regard de la société ».
- La représentation de la personne âgée et de la fonction cadre dans ce secteur : « Le regard des autres cadres sur les problématiques en EHPAD témoigne parfois de l'incompréhension », « Les FFCS aspirent à autre chose à quelque chose de plus prestigieux, est-ce que cela tient à la manière dont cela est présenté en IFCS ? », « Image que nous renvoie les autres de la gériatrie, que nous renvoie le MCO : ce n'est pas valorisant, il n'y a rien à faire en gériatrie, on se tourne les pouces ».
- La mauvaise réputation d'un établissement (bâtiment vétuste, qualité de prise en charge des résidents, conditions de travail, effectifs)

- Le manque d'attrait de la fonction cadre de santé
- La méconnaissance de ce secteur « *Ce secteur ne fait pas rêver* ».
- L'exercice de la fonction cadre de santé en EHPAD-USLD n'est pas valorisé
- « *Quelle est la politique managériale des établissements hospitaliers ?* ».
- « *On reste toujours sur EHPAD = trop d'absentéisme, peu de moyens, des patients de plus en plus lourds* ».

2.2.3 Des représentations encore sensibles

La question sur la représentation de l'exercice du métier de cadre de santé en EHPAD-USLD où l'image que l'on peut en avoir a été posée à l'ensemble des professionnels interviewés.

Les CS exerçant en EHPAD-USLD de même que le CS de MCO qui a déjà travaillé en EHPAD expriment une représentation toujours négative de la personne âgée, du secteur gériatrique et de leur exercice cadre dans ce secteur d'activité. Ces derniers estiment que cette représentation influence l'attrait pour un exercice dans ce secteur et impacte la fonction de cadre de santé. Selon eux cette représentation négative est liée à **une méconnaissance du secteur gériatrique et de leur exercice professionnel dans ce secteur et qu'il y a une image à construire de la fonction cadre de santé en EHPAD-USLD.**

Encadré n°4. Exemples de phrases-témoins des CS en EHPAD-USLD sur les représentations

CS EHPAD-UHR (A) : « *La vieillesse fait peur, la déchéance fait peur et cela reste encore fort* » ; « *Il y a un manque d'attrait de la fonction cadre dans ce secteur ; ces postes sont considérés comme des placards* » ; « *A l'époque de la surveillante, il y avait déjà une différence entre le MCO et le médico-social* » ; « *Quand on va aux réunions de cadres de santé, on a pu entendre : les cadres des PA n'ont rien à faire, vous qu'est-ce que vous faites ?* » ; « *Je pense qu'il y a vraiment une méconnaissance de notre fonction ; pourquoi je serais folle d'aller chez les personnes âgées alors que je pense que c'est toi qui est folle d'aller aux urgences !* ».

CS EHPAD (A) : « *Le mépris est un peu fort mais on n'est pas considéré comme si j'étais dans un endroit maudit. Quand je vais aux réunions cadres de santé certaines de mes anciennes collègues de MCO me demandent quand est-ce que je reviens. Ils ne comprennent pas que je sois bien à mon poste et ils interprètent cela comme une planque où il n'y a pas de travail. Je leur réponds qu'ils n'ont qu'à venir voir mais ils ne viennent pas car cela ne les intéresse pas. Une collègue de pédiatrie est venue passer une journée avec moi car elle préparait le concours à l'IFCS et cela a changé sa vision peut-être parce qu'entre la pédiatrie et la gériatrie il y a des similitudes ?* ».

CS Pneumologie (A) a déjà exercé en EHPAD : « *Ce secteur est considéré comme « la dernière roue du carrosse » dans la mentalité de l'établissement et à l'extérieur. On y retrouve des personnels qui n'ont pas réussi en MCO ; c'est comme cela que je l'entends* ». « *Oui je pense que l'image et la représentation de ce secteur d'activité par les professionnels et les cadres influencent le choix des cadres d'exercer dans ce secteur malgré que ma représentation à moi soit différente* ». « *Tu vas*

chez les PA, tu vas te reposer ». L'image des soignants est négative, on n'y va pas par choix et en tant que cadre cela se poursuit ». « On ne fait rien sur le pôle PA en tant que cadre ». « Il y a une image à construire de la fonction cadre en EHPAD-USLD ». « Ce secteur n'est pas un choix d'affectation. La représentation de la personne âgée et de la vieillesse perdure. En EHPAD-USLD, ce sont des PA souvent démentes qui viennent en permanence dans le bureau du cadre et cela peut déranger certains cadres. Il persiste une « image dégradée de la personne », une « image du grabataire dans son lit qui hurle ».

Les CSS exerçant dans ce secteur d'activité confirment également la persistance de cette image dégradée de la gériatrie et de l'exercice du métier de cadre de santé et son impact sur l'attrait de la fonction CS dans ce secteur. Un CSS exprime « *Lorsque je suis passée en qualité de CS de MCO en EHPAD, un CSS de MCO de l'établissement m'a dit : « Tu vas faire de l'animation là-bas » d'une manière très péjorative ; cela donne une image de la fonction cadre de santé en secteur personnes âgées »* ; Un autre précise « *tant que l'on n'expliquera pas ce qu'est le travail du CS en EHPAD* ». Néanmoins, un CSS mentionne que pour changer le regard, faire évoluer le sens du travail, « *Il faut s'appuyer sur les cadres de santé, sur un travail en équipe pluridisciplinaire et sur la formation, c'est un travail de longue haleine* ».

Les directeurs rencontrés quant à eux ont une vision plus nuancée. Certes si le regard de la gériatrie tend à évoluer chez les professionnels et dans leur établissement, la fonction cadre de santé reste à conforter et à démystifier. Pour un DS, « *L'exercice du métier de cadre de santé est un exercice complexe entre deux feux le sanitaire et le médico-social, d'un côté des professionnels du sanitaire et de l'autre le développement de la dimension médico-sociale* » néanmoins « *Le poste de CS dans ce secteur n'est pas perçu par les collègues comme un poste au rabais car ce sont des cadres ressources par rapport à la notion de parcours et une aide précieuse pour débloquer les situations* ». Le directeur du pôle PA mentionne que « *De l'extérieur les CS hors EHPAD n'ont pas la perception des projets qui se déroulent dans le secteur. Ex : le projet de moutons, cela peut paraître anecdotique ou ubuesque mais c'est un véritable projet ; le broiement des médicaments peut paraître anecdotique également mais c'est aussi un véritable projet* ».

2.2.4 Des conditions d'exercice tendues et ambivalentes

Les CS en EHPAD-USLD ont tendance à définir, qualifier leur exercice en comparaison avec celui d'un cadre en MCO. Ces derniers identifient des spécificités liées à leur secteur d'activité ainsi :

- Un CS en EHPAD exprime « *On vit à **un rythme différent** que le MCO* » car c'est un lieu de vie ; le CS en chirurgie orthopédique (A) évoque ce rapport au temps : « *La réactivité*

n'est pas la même » ; « Nous, on vit dans l'urgence » ; « Il me semble qu'elles ont le temps, le rapport au temps est différent ». « Le rapport au temps est différent dans les PEC ».

- Deux CS en EHPAD-USLD évoquent **l'isolement, l'éloignement** « *On est éloigné de la structure centrale » ; « On est toujours tout seul, isolé » ; « Il faut trouver des solutions en interne » ; « On est au bout du monde » ; le CS en chirurgie orthopédique reprend également à l'identique cette expression « être au bout du monde ».*

- **La gestion de l'absentéisme des agents est un thème récurrent et prégnant des CS** en EHPAD-USLD. Cette gestion embolise le temps cadre, est source de stress et de mal-être des cadres. Les CS expriment « *Un ras le bol par rapport à l'absentéisme » ; « L'absentéisme, c'est le quotidien du cadre, c'est infernal, je peux parfois consacrer une journée complète à chercher des solutions ; c'est en moyenne 50% de mon temps chaque jour » ; « L'absentéisme est plus prégnant qu'il y a 3 ans, c'est contraignant » ; « ça pèse et cela influence le choix de travailler en EHPAD-USLD ; en tant que cadre de santé on a envie de travailler sur des projets et pas passer son temps à gérer les plannings et l'absentéisme » ; « Je me culpabilise car j'ai l'impression de maltraiter les soignants ». Un CSS en secteur gériatrique identifie la gestion de l'absentéisme comme un véritable frein avec un taux d'absentéisme de 10%. Le DS(E) évoque au moment de l'entretien une situation d'absentéisme criante sur le pôle : « *Il faut détricoter et rettricoter sans cesse les plannings » ; « La gestion de l'absentéisme des soignants peut être un frein à l'attractivité et à la fidélisation des cadres dans ce secteur en effet cela a un impact majeur sur les CS » ; « Le quotidien s'impose à eux » ; « Il n'y a pas d'impact à ce jour mais les cadres sont découragés et on s'expose automatiquement à des départs » ; « Cela va se savoir et alors là, cela va être compliqué à gérer derrière » ; « J'espère qu'ils vont rester motivés car ils sont dans une très mauvaise passe ».**

- **La gestion de « grosses équipes »** est également soulignée par les CS et les CSS comprenant **une proportion importante de FFAS** (faisant fonction d'aide-soignant) **et des professionnels présentés comme plus vulnérables.** « *En tant que cadre, il faut cadrer les équipes, être présente et cela peut faire peur* ». Un CS évoque « *Ce sont des équipes difficiles. 2 IDE m'ont même accusée de harcèlement, c'est dur, décevant surtout lorsqu'on se donne à fond dans son travail » ; « Je ne sais plus parfois comment dire les choses ou quelle forme y mettre ».*

- **La relation aux résidents et aux familles qui est un attribut d'attractivité essentiel** dans ce secteur peut **se révéler être un exercice complexe pour le CS.** Un CS déclare : « *La prise en compte des familles : cela pèse sur le travail du cadre, très demandeuse, chronophage, parfois agressive ; on gère tous les problèmes familiaux qui se cristallisent au moment de l'entrée en institution » ; « L'équipe pluridisciplinaire est nécessaire autour de la prise en charge de la famille : travail collaboratif autour de la PEC de la famille et faire en sorte qu'elle participe au projet de vie du patient. Cela nécessite un temps important et*

il faut les moyens, il faut fédérer autour du projet de vie ». Le CSS du pôle PA (A) quant à lui exprime : « *La gestion des familles et l'intendance ont tendance à faire fuir les cadres » ; « Les familles sont de plus en plus revendicatrices « on paye, on a des droits », cela fait peur aux cadres, fait fuir les cadres même les cadres les plus expérimentés » ; « C'est lassant pour les cadres » ; « La lourdeur de la gestion des familles » ; « Lorsque les résidences sont indépendantes, séparées, les cadres de santé sont très sollicitées par l'intendance ».*

- Néanmoins, tous les cadres de santé exerçant dans ce secteur sont **satisfaits en termes d'autonomie, de responsabilités, de prise d'initiatives** qui leur sont données dans leur exercice. Cet élément semble constituer un élément primordial, déterminant d'attractivité d'exercice de la fonction cadre dans ce secteur. Néanmoins le CSS (A) émet une réserve : « *Attention à l'autonomie, il peut y avoir trop d'excès et ce doit être contrôlé ».*

- De même qu'à l'unanimité, **la participation et/ou la conduite de projets est également un attribut déterminant d'attractivité** des cadres de santé dans ce secteur d'activité sous réserve que les problèmes au quotidien ne prennent pas le dessus sur cette activité.

- **L'ambiance au travail** est évoquée par les CS de la structure A et semble influencer l'attrait pour cet exercice et cet environnement : « *Il y a une ambiance de travail sur l'EHPAD et sur le pôle que je ne pense pas retrouver en MCO. Je ne viens pas la boule au ventre, pourtant ce n'est pas facile tous les jours ».*

- Enfin, à la question posée aux CS exerçant en EHPAD-USLD sur un éventuel projet de mobilité, ces derniers n'y sont pas opposés mais **n'arrivent pas à se projeter vers un autre secteur d'activité** estimant que cette nouvelle affectation ne leur laisserait pas autant d'autonomie, de responsabilités, de prises d'initiatives et de possibilités de mener des projets. Certains évoquent une évolution éventuelle vers une fonction de CSS ou de direction d'EHPAD.

Le CSS de secteur gériatrique (C) conclut en mentionnant que « **Ce qui peut paraître attractif peut se révéler être de véritables freins** » à l'exercice de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité.

Le questionnaire individuel d'opinion a été renseigné par les 4 cadres de santé exerçant en EHPAD-USLD « fidélisés » en ce sens qu'ils ont choisi cette affectation et qu'à ce jour ils ne s'inscrivent pas dans un projet de mobilité. Dès lors il est intéressant de recueillir leur perception quant à leur exercice professionnel et de voir si leurs conditions d'exercice expliquent leur fidélisation.

- Globalement les cadres de santé en EHPAD-USLD semblent **disposer d'une bonne connaissance de leur environnement de travail et semblent satisfaits de la qualité de celui-ci. Néanmoins, ce contexte d'exercice ne leur permet pas toujours d'accomplir leur travail et d'y trouver le sens.** Par contre, les valeurs et les objectifs du pôle ou du secteur sont connus de l'ensemble des cadres interrogés.

- Concernant l'accès à l'**information et aux moyens de communication**, le positionnement des cadres diffère selon la structure. Dans l'établissement le plus important, les cadres de santé semblent satisfaits quant à ceux exerçant dans la structure la plus petite, ce point **apparaît comme plus problématique**.
- En ce qui concerne le sens donné au travail, **l'ensemble des cadres savent ce qu'on attend d'eux mais n'en comprennent pas toujours le sens**.
- **Le temps et les ressources nécessaires pour réaliser leur travail recueillent des réponses divergentes** qui peuvent s'expliquer au regard du ratio cadre de santé/nombre de lits et places.
- Au niveau des relations hiérarchiques et fonctionnelles, l'ensemble des CS enquêtés plébiscitent la **collaboration effective et partagée avec l'équipe médicale**. Par contre, l'accompagnement par **l'encadrement supérieur semble recueillir un avis plus partagé**.
- **La collaboration entre collègues cadres du pôle ou du secteur est effective alors que l'appartenance à une communauté managériale ne fait pas l'unanimité**.
- Les cadres de santé semblent exprimer que leur **travail est valorisé et reconnu dans leur secteur d'activité mais qu'il n'est pas visible au sein de l'organisation dans son ensemble**.
- A l'unanimité les cadres de santé semblent exprimer que **l'établissement leur offre le moyen de se développer professionnellement mais qu'ils n'ont pas la possibilité d'utiliser l'ensemble des compétences et des connaissances dans leur exercice professionnel**.

2.2.5 Une politique et une culture gériatrique émergentes

Pour les structures C et D ne disposant pas de lits MCO, la politique et la culture gériatrique semblent s'imposer de fait. Dès lors, les cadres de santé postulant sur ces structures sont de prime abord des cadres présentant une appétence pour ce secteur d'activité et postulent en connaissance de cause.

Concernant les autres structures, la politique gériatrique est en cours de construction. Pour l'établissement E, la problématique qui se pose est la définition d'une culture unique : *« Il n'y a pas une culture mais des cultures car dans le groupement de plusieurs sites chacun à sa culture »*. Le Directeur du pôle PA (A) mentionne qu'elle n'est pas suffisante dans son établissement : *« Regardez dans le projet d'établissement (PE) de l'hôpital ce que l'on dit du long séjour : 20 lignes. Dans le cadre d'un secteur personnes âgées intégré à l'établissement, il n'y aurait pas un projet à part, il serait intégré et ne serait pas une annexe du PE. Lorsqu'on est EHPAD hospitalier, on est perçu comme des lits d'aval. Autre exemple : le projet qualité porté en médico-social est piloté par la responsable qualité du pôle et il n'y a aucun lien avec l'hôpital »*. Néanmoins le DRH du même établissement précise que *« La filière gériatrique a été la première filière définie dans le*

cadre du GHT. Dans le cadre du futur projet d'établissement, un axe mentionne sur « Anticiper le vieillissement des populations en renforçant les partenariats extrahospitaliers ».

Les CSS et CS des structures A et B mentionnent l'existence d'une culture gériatrique au sein du pôle ou de leur secteur mais qui n'est pas partagée dans l'établissement. Ils évoquent un projet spécifique à ce secteur. Le CS EHPAD (A) évoque : « Il existe une culture gériatrique mais entre la médecine gériatrique et le pôle hébergement, ce n'est pas le même monde. Il y a quelques passerelles grâce à certains médecins qui ont fait les deux secteurs mais le court séjour c'est le court séjour et l'hébergement c'est l'hébergement ; ce n'est pas le même pôle et le même budget. Il y a un clivage, il n'y a pas de liens privilégiés avec les collègues cadres du court séjour gériatrique ».

Néanmoins, les CS en EHPAD-USLD (A) ont apprécié le fait que dans l'élaboration du projet de soins de l'établissement ils ont pu s'exprimer sur toutes les thématiques : « Pour chaque thématique, il y a eu une petite phrase pour la gériatrie dans le projet de soins et ça c'est fabuleux » ; « Les collègues ont été surpris de nos problématiques » ; « Pour une fois, on s'est fait repérer et de manière positive ».

2.2.6 Des politiques RH et managériale divergentes et à structurer

Structure A

- Le DRH indique que **le recrutement est effectué par le CGS** et qu'il n'intervient pas dans le processus de recrutement. L'établissement **n'a pas développé une politique RH et/ou des dispositifs en particulier** à destination des cadres de santé. Néanmoins, suite au rapport de Singly, le DG a souhaité mettre en place **un comité des cadres** animé par lui-même et ce depuis 2014. **Les cadres** se réunissent tous les deux mois mais **n'émettent pas de propositions**. Pour l'élaboration du projet managérial du projet social, le DRH a sollicité le comité des cadres en vain ; « Leur commentaire a été : comment cela va se passer ? » Le DRH indique que les cadres des EHPAD-USLD sont intégrés dans le comité des cadres, qu'ils ne sont pas isolés et qu'ils participent aux groupes de travail institutionnels. Le DRH exprime son « **Souhait d'un projet managérial et de mettre en place une politique de repérage des « talents » des cadres et de travailler en lien avec la DS** ».

- Le directeur de pôle confirme qu'il n'y a pas une politique et/ou des dispositifs RH ou managérial à destination des cadres de santé dans l'établissement mais insiste sur la notion d'un **management bienveillant solidaire et collégial du pôle** (directeur, 6 médecins gériatres et CSS) **à l'attention des CS en gériatrie**.

- Les CSS du secteur gériatrique confirment également qu'il n'y a pas une politique et/ou des dispositifs RH ou managérial particuliers à destination des cadres de santé dans l'établissement et que le recrutement des cadres de santé est assuré par le CGS. Le CS

de pôle qualifie : « **Une gestion et un management de l'encadrement courants, classiques, pas plus** ». Il précise qu'il procède à l'évaluation annuelle des cadres. Le CSS de la filière apporte des informations complémentaires en mentionnant qu'il existe une réunion des cadres de santé du secteur avec le CSS de pôle toutes les trois semaines et qu'elle s'effectue à tour de rôle sur les sites, que les échanges sont quotidiens entre le CSS et les CS, qu'un processus d'accompagnement et de compagnonnage avec le « cadre d'à côté » est effectif et que la fiche de poste des CS est élaborée.

- Les CS en EHPAD-USLD ne font allusion à aucune politique, à aucun dispositif en particulier mais mettent en exergue un management et des relations bienveillantes du CSS et de leurs collègues cadres de gériatrie basés sur **des valeurs telles que la confiance, l'entraide, la convivialité, la disponibilité, la transparence, l'humilité et la non compétition entre eux**. Cet aspect semble représenter un élément primordial explicatif au fait de rester en tant que CS sur ce secteur d'activité.

Structure B

- Le DS n'intervient pas dans le recrutement des CS de ce secteur d'activité, ni dans leur évaluation. La gestion des RH et le management de l'encadrement du secteur personnes âgées sont assurés par le D3S et le CSS du secteur. Elle évoque « **un fonctionnement dissocié** » et nous conseille de rencontrer le D3S et le CSS. Néanmoins, les réunions des cadres de santé sont en commun dans l'établissement.

- Le CSS confirme qu'elle intervient dans le processus de recrutement des cadres de santé dans ce secteur et le décrit : le poste vacant fait l'objet d'une diffusion interne et externe. Le CSS examine les candidatures (CV, lettre de motivations) avec le directeur. Le CSS reçoit en entretien les candidats et priorise si plusieurs candidats. Un 2^{ème} entretien a lieu avec le directeur D3S puis le CSS et le directeur font le point ensemble et statue sur la candidature. Avant la prise de poste du cadre de santé, le CSS le reçoit plusieurs fois si nécessaire. Le CSS met en place un accompagnement par la mise en place d'un tuteur cadre de santé et en assure le suivi.

Le CSS indique ne pas avoir travaillé sur des dispositifs particuliers à destination de l'encadrement mais évoque **un management bienveillant à l'égard de l'encadrement** : « *Je suis plutôt dans une relation donnant-donnant, plus souple sur les horaires des cadres, moins d'exigences que si j'étais cadre sup sur le sanitaire afin qu'elles aient une contrepartie* » ; « *J'essaie d'avoir une reconnaissance et une valorisation du travail des cadres en continu et non pas seulement au moment de l'évaluation annuelle et d'encourager les projets sur lesquels elles veulent travailler* » ; « *Tous les ans, j'organise une formation pour elles. La dernière thématique est une formation sur les RH et réalisée sur site* ».

Structure C

Le CSS évoque une réunion d'encadrement une fois par semaine pour faire le point sur les difficultés rencontrées et transmettre les informations à laquelle s'ajoute des rencontres ponctuelles individuelles si cela est nécessaire. Pour les IDE FF, un **accompagnement** formation leur est proposé (formation gestion des plannings, entretiens individuels ...) ainsi qu'à la prise de poste la 1^{ère} année sous la forme d'un travail en binôme. La formation reste ouverte en fonction des besoins exprimés par les cadres de santé. « *Dans le cadre de la gestion des risques, à titre d'exemple, un cadre a été formé l'année dernière à la méthode Orion, l'autre cadre sera formé cette année avec pour objectif de mettre en œuvre des CREX (Comité de retour d'expérience) au sein de l'EHPAD* ».

Structure D

Le CS indique qu'elle a pu bénéficier de **formations à sa prise de poste qu'elle a choisi elle-même**. Elle n'a pas bénéficié d'un accompagnement particulier. Elle dit **avoir appris sur le terrain et qu'elle a dû faire preuve d'adaptation**. Elle participe aux réunions de cadres et de direction une fois par semaine et précise qu'il n'y a **pas de CSIRMT dans l'établissement**.

Structure E (hors GHT)

Le DS de l'établissement nous explique que le **recrutement de tous les cadres de l'établissement est assuré par le CGS** (1^{er} contact – choix priorisé). Le CGS détermine l'affectation du cadre ou élabore des scénarii d'affectation des cadres et se met en contact avec le chef de pôle. **Le chef de pôle émet son avis puis le CS retenu rencontre le CSS de pôle**. Le DS indique que le recrutement des cadres n'est pas formalisé par écrit mais fonctionne ainsi.

Le DS mentionne qu'il n'existe **pas de politique RH spécifique**, particulière par rapport à ce secteur d'activité **ni de politique managériale** à l'attention des CS dans l'établissement. Dans le Projet de Soins Partagé (PSP) du GHT, **le projet managérial n'est pas posé** mais est en réflexion. Néanmoins, au sein de l'établissement, une démarche est structurée mais non formalisée pour un appel à candidatures dans le cadre de la promotion professionnelle des CS avec la mise en place d'un jury.

Concernant la formation des cadres de santé, le DS précise que la Région est dotée de deux IFCS mais qu'il n'existe **pas un réel partenariat avec ces instituts**. Elle mentionne qu'un IFCS leur adresse un questionnaire d'évaluation de la qualité par rapport aux professionnels qui sont en formation.

IFCS de la Région du GHT

Le CSS pense que la formation à l'IFCS prépare bien les cadres également à un exercice en médico-social. Elle précise que l'« *On peut développer à la carte des enseignements mais qu'au regard de la mobilité des cadres, l'intérêt est de donner, de former à l'ensemble des compétences et pour tout secteur d'activité et qu'ensuite il faut savoir mobiliser ses compétences en fonction du secteur* ».

Elle indique que « Dans le cadre du projet pédagogique et afin de poser un diagnostic territorial, nous avons réalisé une enquête auprès des établissements de la Région. Sur 150 questionnaires adressés aux DS, nous avons eu 16 retours. Les DS qui ont répondu expriment : il faut que les étudiants cadres soient en **capacité de s'adapter** au contexte et aux évolutions ; il doit être dans **l'innovation** même au travers de petites actions ; prendre un problème et imaginer et ne pas être dans le laisser-faire ; que les **CS soient à proximité de leurs équipes** « le CS ne doit pas avoir peur de son équipe » ; la fonction doit **s'ouvrir sur le secteur médico-social**. L'aspect gestionnaire revient beaucoup moins ».

Elle mentionne qu'il n'existe pas de réel partenariat avec un ou des établissements de santé et ne pas recevoir de sollicitations de ces derniers.

2.2.7 Des professionnels force de propositions et de réflexions

Les professionnels enquêtés ont émis de nombreuses propositions visant à développer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD que nous avons regroupé sous trois champs :

Au niveau de l'établissement et de son environnement :

- Présenter l'établissement, la structure, la politique, les objectifs poursuivis, les valeurs affichées, la philosophie de prise en soins de la personne âgée
- Travailler sur la réputation de l'établissement à l'extérieur, sur la réputation des professionnels et des prestations
- « Il faut être vendeur » ; « Il faut être plus vendeur que le MCO » ; « Il faut être novateur ».
- Changer la culture, l'image et les représentations de l'établissement sur la gériatrie
- Ouvrir les structures sur l'extérieur, l'environnement

En lien avec l'exercice du métier de cadre de santé en EHPAD-USLD :

- Changer l'image et les représentations de l'établissement sur la fonction de cadre dans ce secteur d'activité
- Valoriser la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité : marges d'autonomie, bonne connaissance et prise en charge globale de la personne, pluridisciplinarité, compétences relationnelles, diversification des activités, conduite de projets
- Valoriser la gériatrie lors des réunions d'encadrement institutionnelles
- Développer le partage d'expériences entre les cadres de santé sous le modèle « Vis ma vie »
- Préserver la qualité de vie au travail des cadres
- Eviter l'isolement des cadres de santé

En termes de politiques et de dispositifs à mettre en place :

- Assurer un encadrement supérieur sur ce secteur
- Avoir un projet de pôle
- Valoriser les démarches et actions mises en place pour accompagner les cadres de santé
- Permettre aux cadres de développer des expertises : masters, DU ... en lien avec le management et/ou la spécialité gériatrique
- Repérer des profils cadres ayant une appétence pour ce secteur d'activité
- Développer et structurer des dispositifs d'accompagnement du FFCS sur ce secteur d'activité
- Organiser des stages ou un parcours en EHPAD-USLD pour des professionnels qui ont un projet cadre et en faire des retours d'expérience
 - Faire découvrir ce secteur d'activité à tous les étudiants cadres de santé
 - Favoriser les démarches ou actions innovantes : « *Etre en civil et garder la tenue professionnelle pour les soins* » ; « *Un jour un cadre est venu avec son chien* » ; « *Un autre jour un professionnel est venu avec sa guitare et à jouer pour les personnes âgées* ».
 - Développer la culture de la gestion des risques de la personne âgée et de la transparence et communiquer
 - Agir sur la professionnalisation des soignants qui exercent dans ce secteur et sur l'absentéisme.

Réflexions autour du GHT

Cette enquête ayant été menée auprès d'établissements d'un GHT, il nous a semblé opportun d'interroger les professionnels sur une plus-value éventuelle du GHT sur cette question. Les personnes interviewées, même si elles expriment à ce jour qu'elles ne sont pas en mesure d'évaluer les impacts, ont répondu d'une manière prospective. Le GHT peut permettre et favoriser :

- Une ébauche de démarches partagées d'accompagnement des cadres de santé.
- La mise en place d'une formation analyse de la pratique managériale pour les cadres de santé au niveau du GHT.
- Un travail en réseau, un partage d'expériences et un échange sur les problématiques des cadres ; « *Il faut décroisonner et s'ouvrir* ».
- CSS EHPAD-USLD (B) : « *Le décroisonnement remotive les CS, donne des idées et est moteur de motivation et d'amélioration des pratiques professionnelles* ».
- DS (E) : « *Le GHT offre un panel plus large de postes dans le territoire et y compris pour le médico-social. Les jeunes cadres s'inscrivent dans des projets à 3-5 ans et recherchent des évolutions, progressions* ».
- DRH (A) : « *Le GHT permet la création de réseaux, d'échanges, de complémentarité, de la dynamique de la filière gériatrique. La gériatrie est un axe fort du GHT et permet*

également aux cadres d'être moins isolés. Quid de la réflexion des EHPAD publics autonomes dans le GHT ? ».

- Directeur pôle PA (A) : *« Le GHT représente une proportion de lits d'EHPAD-USLD assez conséquente. Il y a des secteurs PA dans les 9 établissements du GHT. Le PMP n'est pas assez poussé sur le médico-social, la gériatrie ».*

- CSS filière gériatrique (A) : *« Le GHT peut apporter une meilleure visibilité de la fonction cadre en EHPAD car le GHT est un pourvoyeur énorme de la gériatrie ». « Les échanges interprofessionnels peuvent être favorisés au sein de la CSIRMT du GHT, le plan de formation des cadres peut être ouvert sur le territoire ». « Il faut arrêter de raisonner en établissement mais en parcours ».*

Les CS, quant à eux, ont des difficultés à se projeter et n'identifient pas à ce jour ce que le GHT peut apporter comme plus-value, opportunités ou changements par rapport à leur exercice et leur environnement de travail.

2.3 Vérification des hypothèses et diagnostic

H1 : La représentation de l'exercice du métier de cadre de santé en EHPAD-USLD (ou l'image que l'on en a) exerce une réelle influence sur l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité. Néanmoins, les cadres de santé rencontrés dans notre enquête ont fait le choix de cette affectation et affichent une certaine fidélité à leur exercice dans ce secteur d'activité malgré un exercice professionnel complexe et des difficultés identifiées. Cette étude démontre que l'attractivité et la fidélité des cadres de santé pour ce secteur d'activité est difficile à objectiver en l'absence d'indicateurs de rétention et de turnover, de démarches, d'outils et de dispositifs mis en place permettant de mesurer l'impact des actions menées. Cette représentation est à mettre en lien avec une méconnaissance du secteur gériatrique et de l'exercice du métier de cadre de santé dans cet environnement.

H2 : Les conditions d'exercice questionnent effectivement l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé pour et dans ce secteur d'activité. Dans le cadre de notre étude, le fait que les cadres de santé rencontrés aient une appétence pour la gériatrie et qu'elles aient choisi cette affectation font qu'elles sont certainement plus à même à accepter, à s'adapter aux conditions d'exercice parfois difficiles et complexes et qu'elles mettent en balance les bénéfices-gains/risques-pertes de cet exercice en EHPAD-USLD. Néanmoins les conditions d'exercice évoquées précédemment peuvent « faire peur » à certains cadres ou « faire fuir » même des cadres expérimentés et motivés.

H3 : En ce qui concerne la politique et les dispositifs mis en place dans les établissements impactant l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD, nous ne sommes pas en mesure de vérifier cette hypothèse. En effet, les politiques RH, managériale

et gériatrique dans les établissements enquêtés restent à développer d'une manière générale, d'une manière plus spécifique en faveur des cadres de santé et d'une manière plus ciblée sur les cadres de santé exerçant en EHPAD-USLD. Ce n'est qu'à partir d'une politique d'établissement volontariste, d'une mise en œuvre de dispositifs et d'un plan d'actions assortis d'indicateurs que l'on pourra effectivement mesurer l'impact des politiques mises en place sur l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

Au-delà de ces hypothèses, cette étude nous a permis de recueillir de nombreux éléments d'analyse, **non exhaustifs**, susceptibles d'impacter l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité que nous présenterons sous la forme d'un diagnostic et d'une matrice SWOT :

<p>FORCES susceptibles d'influencer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des expériences antérieures positives de la gériatrie - Une appétence individuelle particulière du CS pour la gériatrie pouvant être influencée par son environnement - Une collaboration effective entre le CS et l'équipe médicale - Des relations privilégiées avec la PA et les familles - Une autonomie professionnelle, des responsabilités, prise d'initiatives - Conduite de projets - Diversité des activités du CS - Les valeurs professionnelles et du soin (sens du soin, respect de la personne, accompagnement) - L'ambiance au travail et la collaboration avec les cadres du secteur - Des valeurs partagées entre les CS en EHPAD-USLD : confiance, entraide, convivialité, disponibilité, transparence, humilité et absence de compétition - Dynamisme et encadrement du pôle gériatrique (Directeur de pôle, projet médico-social, de nombreux projets, un responsable qualité sur le pôle) - La valorisation du travail en gériatrie et du cadre de santé dans le secteur, le pôle - Un management bienveillant et collégial du pôle - Une perspective de mobilité des CS dans l'établissement - Le développement professionnel, l'accompagnement professionnel, la promotion professionnelle 	<p>FAIBLESSES susceptibles d'influencer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ratio CS/Nombre de lits/Nombre d'agents – Le temps et les ressources nécessaires pour accomplir le travail - L'isolement du cadre de santé - Un profil particulier de CS à rechercher - La représentation de la gériatrie et de l'exercice du métier de CS dans ce secteur d'activité - La méconnaissance de ce secteur d'activité de même que l'exercice du métier de cadre - La non valorisation de la fonction CS de ce secteur dans l'établissement en général - La non reconnaissance par les pairs hors de ce secteur d'activité et par la direction de l'établissement - La non appartenance à une communauté managériale dans l'établissement en général - La gestion des ressources humaines dans ce secteur d'activité : absentéisme, « grosses équipes », problèmes de qualification, de recrutement, de vulnérabilité des professionnels - Les relations avec les résidents et les familles - La gestion de l'intendance - L'information et les moyens de communication (informatique) - Le management de l'encadrement de pôle - L'absence de collaboration, de partenariat avec les IFCS - La politique, la culture gériatrique dans les établissements disposant d'un secteur MCO - Le manque de sens à l'action des CS - Les politiques RH et managériale insuffisamment structurées et/ou développées
<p>OPPORTUNITES susceptibles d'influencer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le GHT : mobilité des CS, formation, analyse de pratique managériale, échanges professionnels, pratiques professionnelles, démarches partagées d'accompagnement des CS, développement de la filière gériatrique, visibilité de la fonction CS en EHPAD, CSIRMT du GHT 	<p>MENACES susceptibles d'influencer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mauvaise réputation de l'établissement (vétusté des bâtiments, qualité de la prise en charge (PEC) des résidents, conditions de travail, effectifs) - Le manque d'attrait de la fonction CS et la diminution des effectifs - La problématique de l'attractivité et de la fidélisation des soignants en EHPAD-USLD

3 Préconisations pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Notre questionnaire initial était d'identifier le rôle du DS dans l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD. L'étude menée nous a permis de vérifier deux hypothèses sur trois que nous avons formulées mais aussi de recueillir des informations riches et précieuses contribuant à établir un diagnostic. C'est à partir de tous ces éléments recueillis que nous formulerons des préconisations relatives au rôle du DS dans le développement de l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité. Dans une logique de prise de poste en qualité de DS, nous verrons l'importance pour le DS de disposer d'un diagnostic au niveau de sa structure et à l'échelle d'un territoire. Ce diagnostic lui permettra ainsi de définir et de développer une politique et de mettre en œuvre un management en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé en général et spécifiquement dans ce secteur d'activité.

Dès lors, nous formulons cinq préconisations que nous avons décliné en neuf objectifs et pour lesquels nous avons émis des propositions d'actions. Ces préconisations n'ont pas la prétention d'être exhaustives au regard du sujet traité. Néanmoins, ce plan d'action doit s'intégrer dans un plan stratégique nécessitant un engagement de la direction, une implication de l'encadrement et permettant également de donner le sens à l'action.

3.1 Anticiper les besoins en cadres de santé et favoriser une attractivité durable

Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté qu'il n'existait pas de réelle réflexion prospective systématique sur les postes à pourvoir et le développement des compétences individuelles des cadres de santé dans l'établissement, dans le secteur EHPAD-USLD spécifiquement et plus globalement dans le GHT. Les postes de cadre de santé sont reconnus comme exigeants et concurrentiels. En fonction des secteurs d'activité, il peut y avoir un nombre variable de postes, de candidats et d'élus. Dès lors, nous formulons deux objectifs.

Objectif N°1 : Identifier les besoins en cadres de santé de l'institution à moyen et long terme et au sein du GHT

L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences (GPEMC) dans le projet social constitue un axe fort de la politique de gestion des ressources humaines, qui doit s'articuler avec les projets médicaux et de soins dans lequel doit figurer une anticipation des besoins en cadres de santé tant quantitative que qualitative. Il s'agit d'assurer le fonctionnement optimal de l'établissement et des structures EHPAD et USLD en mettant en adéquation les ressources disponibles avec les besoins en cadres de santé

au regard des évolutions de l'environnement, des projets, des données démographiques, des exigences de demain ... Dans cette perspective, les établissements seront à même à mettre en place de vraies stratégies pour attirer et fidéliser les cadres de santé, pour organiser et structurer le recours aux faisant fonction et définir leur politique de promotion professionnelle. En qualité de président de la CSIRMT du GHT, le CGS pourra impulser une dynamique de la politique managériale des cadres de santé dans le cadre du Projet de Soins Partagé (PSP) et de la mutualisation des RH en collaborant avec les DRH de territoire.

Proposition d'actions :

- *Anticiper l'évolution pluriannuelle des effectifs de cadre de santé, afin de mesurer le différentiel entre les besoins à moyen terme et l'évolution spontanée des ressources.*
- *Élaborer une cartographie de l'emploi de cadre de santé, identifier si cet emploi est concerné par des difficultés de recrutement, identifier les causes pouvant expliquer ces difficultés, déterminer le niveau de criticité variable selon l'effectif concerné, la pyramide des âges, le secteur d'activité concerné ... afin de prioriser la mise en place d'actions.*
- *Définir une politique de financement des études promotionnelles.*
- *Evoluer vers une GPEMC territoriale des cadres de santé au regard de la mise en œuvre des GHT.*

Objectif N°2 : Favoriser une attractivité durable pour les cadres de santé

Pour pouvoir atteindre cet objectif, un travail en étroite collaboration entre le DSIRMT, le DRH et l'encadrement supérieur est indispensable.

Proposition d'actions :

- *Agir sur les facteurs de motivation identifiés par les cadres de santé et les renforcer ; La mise en place d'un baromètre social interne à destination des cadres de santé peut contribuer à apporter des informations quant à leur satisfaction, leur bien-être ... Ce dernier peut être proposé aux cadres de santé par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.*
- *Être attentif au suivi individualisé des parcours professionnels des cadres de santé.*
- *Mieux connaître les causes des départs des cadres de santé hors de l'établissement : entretiens de départs.*
- *Maintenir une attention particulière pour les secteurs d'activité sous tension.*
- *Rester à l'écoute des attentes des cadres de santé.*

3.2 Promouvoir un management par la confiance

Dans le cadre de cette préconisation, nous avons fait le choix de ne pas « cibler le cadre de santé en EHPAD-USLD » mais de l'inclure dans une démarche institutionnelle, dans l'ensemble d'une ligne managériale renouvelée, décloisonnée, ouverte tout en en intégrant, pour le DS, les spécificités de la fonction de cadre de santé et de son exercice dans les

différents secteurs d'activités dont le secteur EHPAD-USLD. Notre étude a, par ailleurs, révélé une collaboration effective entre les cadres et les médecins qui pourrait servir de point d'ancrage à la définition de cette ligne managériale.

La politique managériale de l'établissement doit à la fois contribuer à mettre en mouvement les équipes autour d'objectifs communs et à garantir l'attractivité de la fonction managériale. Elle doit s'attacher à recentrer les cadres sur leur cœur de métier, préparer les managers à un rôle de leadership, contribuer à la motivation et à la fidélisation des cadres managers et offrir une visibilité sur les parcours possibles. Dans un contexte de changements fréquents et de l'inscription des établissements dans un territoire, impliquant entre autres, des collaborations avec d'autres acteurs externes, cela rend nécessaire une cohérence des pratiques et compétences managériales des managers « médicaux » et « non médicaux ». La mise en évidence de savoir-faire dans le cadre de l'exercice managérial s'avère également nécessaire. Dès lors, nous formulons les objectifs suivants :

Objectif N°3 : Redonner du sens à la fonction managériale

Les managers ont un rôle prépondérant dans la déclinaison des orientations stratégiques de l'établissement. Dans ce cadre, en vue de garantir la qualité de la relation aux personnes vulnérables accueillies, la sécurité et la continuité des soins et des accompagnements, le CH peut définir une charte du management pour l'ensemble des personnels d'encadrement. Cette charte décline les savoir-être et savoir-faire indispensables à l'exercice de cette responsabilité au sein de l'établissement. Cette charte peut comprendre les valeurs clés de l'établissement qui guident les principes du management. Ces valeurs peuvent être également relayées dans l'ensemble des projets : projet social, projet managérial, projet de soins, projet médico-social. Le DS participe à l'élaboration de cette charte au sein du Directoire en partenariat avec la CSIRMT et la commission médicale d'établissement.

Dynamiser la communication sur la fonction d'encadrement contribue à la valorisation du rôle de l'encadrant où le DS a un rôle essentiel.

Plusieurs formes peuvent être privilégiées :

- Une communication/information autour de la politique de recrutement et d'affectation des cadres, du projet de management de l'encadrement ;
- Une communication/transmission des savoirs et des pratiques managériaux ;
- Une communication/décloisonnement autour de la découverte et des retours d'expérience.

Ces actions pourraient figurer dans les axes du projet de communication du PE.

Proposition d'actions :

- *Partager les valeurs institutionnelles à travers une charte institutionnelle du management.*
- *Dynamiser la communication interne et externe sur la fonction d'encadrement.*

Objectif N° 4 : Favoriser l'attractivité de la fonction managériale

Proposition d'actions : *Structurer une ligne managériale cohérente, claire et efficace.*

L'objectif est de rendre lisible les schémas d'organisation de l'encadrement. Cette structuration peut s'appuyer sur l'élaboration d'un projet managérial à partir d'une analyse de l'organisation managériale et des priorités stratégiques (activités médicales et projet de soins). Ce projet doit permettre la définition des circuits de décision, d'aborder des thèmes comme la communication managériale, la valorisation des cadres ... et constitue aussi un moyen de fédérer les différents acteurs, de mieux communiquer et de partager une culture décisionnelle. Ce projet définit des règles du jeu du fonctionnement hospitalier et se doit de disposer d'espaces de réflexivité visant à garantir le respect des règles au quotidien et leur évolution. Le contrôle sur le respect des règles du jeu de l'organisation relève du directoire dont le DSCGS est membre de droit. Par ailleurs, la mise en place d'un espace cadre peut permettre aux cadres de disposer d'un lieu pour débattre de ces modalités.

Proposition d'actions : *Mener une réflexion sur l'analyse du travail des cadres de santé.*

Dans le cadre de notre sujet et d'une problématique avérée d'attractivité des cadres de santé en EHPAD-USLD, le DS peut proposer la réalisation d'une analyse de travail. Cette démarche permet à la fois de procéder à l'analyse de la tâche et/ou des activités constitutives de l'emploi et à l'analyse des conduites opératoires de la personne qui permettent d'apprécier les compétences mises en œuvre ou requises pour la réalisation d'une activité. Ces éléments pourront être utilisés pour optimiser les processus de recrutement et de formation des cadres de santé et contribuer à la formalisation d'un référentiel d'activités et de compétences des encadrants de proximité dans le médico-social. Par cette action, le DS contribue à valoriser les actions et les compétences des cadres et à accompagner d'une manière plus efficiente les cadres de santé dans leur gestion de proximité. Par ailleurs, en complément de cette analyse, le DS pourra mettre en place un suivi du ratio encadrant/encadrés dans un souci d'observance de plus d'équité entre les cadres de santé. Une cible pourrait être identifiée (exemple : 25-35 agents/cadre).

Proposition d'actions : *Renforcer la formation continue des cadres de santé.*

Le DS doit être en capacité d'identifier les besoins de formation des cadres de santé en lien avec le projet d'établissement. Les CSS de pôle réalisent les entretiens professionnels et de formation des cadres de santé de leur pôle. La Direction des soins doit être en mesure d'adapter et de renforcer les compétences de l'encadrement et de décliner un plan de formation à destination des cadres de santé à partir des éléments recueillis par les CSS de pôle. Ce plan de formation s'attachera à renforcer les compétences managériales et organisationnelles et à mettre l'accent sur des thèmes comme la sensibilisation aux risques psycho-sociaux (RPS), la pratique du dialogue social, la gestion du temps de travail, la gestion de conflits mais aussi à cibler des thématiques en lien avec des spécificités

d'exercice : projet de vie, conseil de vie sociale, relations avec la personne âgée et les familles ... La mise en place d'ateliers de simulation managériale représente une approche innovante et pertinente en faveur du développement des compétences de l'encadrement. Le plan de formation des cadres de santé en EHPAD-USLD pourra s'appuyer sur le référentiel d'activités et de compétences défini. Les dispositifs de formation continue doivent conjointement permettre aux professionnels d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, mais aussi favoriser leur développement professionnel et personnel, leur mobilité et contribuer à leur donner des perspectives de promotion et d'évolution individuelle. Des cursus universitaires type master, DU ... pourront être également proposés aux cadres de santé.

Proposition d'actions : *Formaliser une politique d'accompagnement du faisant fonction de cadre et contractualiser les périodes.*

La DS et le DRH doivent travailler sur une politique institutionnelle en faveur du faisant fonction de cadre de santé qui pourra être intégrée dans le projet managérial. Nous proposons de professionnaliser le faisant fonction de cadre de santé au travers d'une mise en situation professionnelle mais aussi de formaliser les processus de sélection et d'accompagnement. Cet accompagnement pourra s'envisager sous la forme d'un compagnonnage intégrant des temps d'échanges, de concertation, de formation ; le tuteur pourrait être un cadre de santé extérieur au pôle. Un tutorat de l'encadrement supérieur du FFCS et/ou par un pair hors relation hiérarchique et fonctionnelle peut être préconisé afin de mesurer l'implication au quotidien du faisant fonction dans les missions confiées, son évolution, son dynamisme. Le plan de formation devra comprendre des formations destinées aux faisant fonction cadre de santé. Outre les processus de sélection et d'accompagnement, le DS aura également à gérer l'affectation du FFCS à tenir compte de l'équipe et veillera à introduire le FFCS dans sa mission, à le légitimer au sein de son service et dans sa posture. Les périodes de FF doivent être contractualisées et les modalités définies dans le cadre du dispositif.

Proposition d'actions : *Renforcer la politique d'accueil et d'accompagnement des étudiants cadres de santé.*

Accueillir des stagiaires de l'IFCS s'inscrit dans l'ouverture de l'établissement au territoire et en particulier des secteurs d'activité souffrant d'une faible attractivité. Le stage peut représenter un outil de recrutement et contribuer à améliorer l'image de la structure, d'un secteur d'activité et de l'exercice du métier de cadre de santé dans ce secteur d'activité. Dès lors la qualité du stage est essentielle pour que l'expérience soit bénéfique à l'établissement comme à l'étudiant et rend nécessaire le développement de bonnes pratiques. Ainsi le DS aura à définir une politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires cadres de santé au sein de l'établissement et de ceux du GHT en lien avec les IFCS. Cette

politique de stage pourra figurer dans le projet de soins. Le DS assurera la coordination de l'accueil des étudiants en fonction des besoins et des possibilités d'accueil et d'encadrement des secteurs avec une attention particulière pour le secteur médico-social. Les parcours de stage des étudiants pourraient se structurer en lien avec l'IFCS de même que l'élaboration d'une charte d'encadrement des stagiaires cadres. Nous préconisons une rencontre annuelle des tuteurs cadres de santé et des formateurs IFCS dans le cadre du GHT. Le DS encouragera l'intervention de cadres de santé des EHPAD-USLD au sein de l'IFCS dans le cadre des enseignements sur l'exercice du métier et le secteur médico-social. L'IFCS pourrait favoriser l'accès aux ressources documentaires de l'IFCS pour les tuteurs. Par ailleurs, afin de garantir la qualité de l'encadrement des étudiants, nous proposons également que le DS définisse une politique de tutorat institutionnelle à destination des étudiants cadres de même que les modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Nous préconisons d'inscrire ces bonnes pratiques dans une démarche de type Modèle « Happy Trainees » soit « Devenir un établissement où il fait bon faire un stage ».

Proposition d'actions : *Déployer une démarche d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres de santé.*

La mise en place d'un dispositif d'accueil et d'intégration des cadres devra s'inscrire dans un environnement institutionnel et une politique d'établissement. L'ensemble des principes et modalités de ce dispositif peuvent figurer dans le projet de management des cadres de santé. Ce dispositif précisera les principes d'affectation des cadres de santé, les modalités d'accueil et la politique d'accompagnement au service du nouveau cadre. Le DS possède par délégation du directeur l'autorité sur l'ensemble des cadres soignants et a en conséquence toute latitude, en collaboration avec le DRH, pour piloter cette démarche.

Le DS pourra impulser la formalisation d'outils visant à fidéliser les nouveaux cadres (check-list d'accueil, procédure, « parcours d'accueil » ...) et l'implication de l'encadrement dans ce travail d'élaboration.

Afin de faciliter la prise de poste du futur cadre et son intégration, le DS doit avoir défini préalablement des principes d'affectation pour les cadres de santé tels que :

- L'affectation proposée par le DS fait l'objet d'une concertation entre les principaux intéressés au sein de la direction ;
- Les affectations ne se font jamais sans le consentement du chef de service ;
- L'affectation du cadre ne se fait jamais dans son service d'origine, sauf exception ;
- L'affectation doit être connue par l'étudiant cadre avant qu'il ne choisisse son lieu de stage du module 6 (approfondissement) ...

Nous proposons que le DS organise avec l'encadrement supérieur l'accueil des nouveaux cadres. Cet accueil doit être un moment privilégié car il doit à la fois contribuer à « faire reconnaître » le cadre de santé dans l'établissement et à le positionner, à instaurer un climat

de confiance et à susciter le questionnement, la curiosité du cadre de santé. Afin de favoriser l'accueil et l'intégration du cadre, le DS réalisera un entretien d'accueil avec le cadre, pourra l'accompagner dans son service et lui demander un rapport d'étonnement qui pourra faire l'objet d'une restitution par exemple à l'occasion d'une réunion cadres de santé. Dans ce contexte, le DS veillera à faire en sorte que ce dernier ne soit pas isolé. Nous préconisons de créer et d'établir un binôme de cadre permettant d'apporter un soutien de type tutorat au cadre, en fonction de la localisation géographique des cadres ou de leur spécialité. Nous proposons également de repositionner les CSS dans leur rôle de superviseur et d'accompagnateur des cadres et de favoriser l'attitude de coach du DS avec les cadres.

Proposition d'actions : *Accompagner les parcours professionnels des cadres de santé.*

Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté que les cadres de santé en EHPAD-USLD avaient des difficultés à définir des perspectives professionnelles à moyen-long terme. Afin d'accompagner les cadres de santé tout au long de la carrière, le DS, en collaboration avec le DRH, pourra proposer des accompagnements individuels et collectifs et des missions d'appui tels que des ateliers de co-développement, du coaching individuel et d'équipe. Nous préconisons également le développement des entretiens professionnels et de formation des cadres de santé par l'encadrement supérieur de même que l'instauration d'entretiens de carrière et/ou d'orientation et la proposition de bilans (de compétences, d'orientation).

Afin de favoriser l'harmonisation des pratiques managériales et l'optimisation des collaborations des cadres de santé dans l'établissement, il conviendra, en lien avec la DRH, de développer l'information sur la gestion des mobilités des cadres de santé dans l'établissement et dans le GHT et de garantir la lisibilité des postes vacants via un espace emploi. Il paraît opportun également de promouvoir des dispositifs expérimentaux de types « parcours de découverte » ou « Vis ma vie » entre les cadres de santé des différents secteurs d'activités et de communiquer autour de ces projets.

Proposition d'actions : *Mutualiser les compétences et les ressources managériales.*

Toujours dans l'objectif de favoriser le décloisonnement entre les cadres de santé et de promouvoir un collectif cadres, la mutualisation des compétences et des ressources managériales pourrait être favorisée par la mise en place d'une plateforme ressources (outils, documentation, mise en place de forums de discussions, scénarisation de cas pratiques managériaux ...), la mise en œuvre de groupes d'analyse de pratiques au niveau de l'établissement et du GHT et l'animation de communautés managériales (Ex : organisation de séminaire(s) de management). En effet, dans le cadre de notre étude, il est apparu que les cadres de santé avaient des difficultés à percevoir concrètement la portée du GHT. L'encadrement, qu'il soit de proximité ou supérieur, est un maillon essentiel de la

cohésion au sein des filières de soins. Dès lors, en qualité de DS, il est impératif de réussir à engager les cadres dans une vision de management de territoire.

Proposition d'actions : *Promouvoir la gestion des talents.*

La gestion des talents nécessite la mise en cohérence de plusieurs démarches complémentaires et d'agir sur deux variables d'actions, le collectif et l'individuel. L'objectif est d'attirer, d'identifier, de développer et de retenir des profils à fort potentiel « cadre ». La mise en œuvre d'une telle stratégie requiert un travail en étroite collaboration DSIRMT et DRH telle qu'envisagée par le DRH de l'établissement A. Dès lors, il s'agira d'attirer des candidats selon des critères définis en termes d'attendus. Pour ce faire, cela requiert de développer la marque employeur de l'établissement, de proposer des parcours, de définir les compétences attendues des managers de l'établissement, de façon générale et spécifiques à des secteurs, postes, missions clefs, par l'élaboration de référentiels. Un travail doit être entrepris également sur le repérage des personnes en termes de compétences managériales et de leadership par la création de protocoles de repérage (méthodes, outils, tests, ...), de supports (auto-évaluation, rapports de synthèses). Le déploiement d'une telle stratégie peut s'accompagner de la mise en place d'une cellule de gestion des talents.

Proposition d'actions : *Cultiver l'innovation managériale.*

Le secteur hospitalier est soumis à de profondes mutations invitant les organisations à réviser leur management. Le secteur EHPAD-USLD n'échappe pas à ce contexte. L'innovation managériale représente un nouveau facteur clé au service de la pérennité et de la performance des organisations et de l'établissement. Dans ce contexte et afin de valoriser les projets d'organisation ou de réorganisation dans lesquels sont fortement impliqués les cadres de santé, il paraît opportun que le DS assure la promotion des différentes innovations managériales telles que le développement de nouvelles relations organisationnelles entre les acteurs, le développement de nouvelles relations avec les patients, les résidents, les transformations organisationnelles, la gestion de l'absentéisme ... favorables à un management intégratif. Ces projets pourraient être présentés lors des réunions de cadres de santé, de la CSIRMT ou faire l'objet d'un séminaire annuel consacré aux innovations managériales.

3.3 Améliorer la qualité de vie au travail des cadres de santé

L'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail s'inscrit dans le cadre du développement de la politique des ressources humaines durable qui réaffirme l'humain au cœur de l'organisation et redonne du sens à l'action collective. Une politique forte en faveur

de la santé et de la qualité de vie au travail est un des facteurs clé à la fidélisation des cadres de santé et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Dans la continuité des travaux menés par la HAS, l'engagement de l'établissement à promouvoir une démarche institutionnelle en faveur de la qualité de vie au travail (QVT) est indispensable au bien-être des agents, des cadres et à la qualité des soins. La dimension QVT doit s'intégrer dans l'ensemble des projets et des actions de la vie hospitalière. La prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et la QVT sont des dimensions à intégrer dans l'organisation des missions de la DS, de l'encadrement et des personnels paramédicaux. Dans le cadre de cette préconisation et au regard de notre étude, nous formulons les trois objectifs suivants :

Objectif N°5 : Promouvoir les démarches participatives engageant les cadres de santé et favorisant la solidarité des cadres de santé relève d'une mission du DS en ce sens qu'il assure l'animation de l'encadrement supérieur et de l'encadrement paramédical. Au regard de certaines propositions formulées, le DS collaborera avec le DRH. Au sein du GHT, le président de la CSIRMT peut contribuer à promouvoir ces démarches en inter établissements.

Proposition d'actions :

- *Prendre en compte les spécificités des différents secteurs d'activité des cadres de santé tout en encourageant le dialogue autour du collectif de travail indispensable à l'amélioration de la qualité du management et des soins.*
- *Favoriser la mise en place d'espaces de discussion collectifs autour du travail du cadre de santé visant à rechercher des solutions concrètes : contenu du travail, organisation, relations professionnelles ...*
- *Favoriser l'autonomie des cadres de santé et la participation aux processus de décision.*
- *Mesurer la satisfaction et la qualité de vie au travail : réalisation d'enquêtes de satisfaction sur la qualité de vie au travail pour l'encadrement tout en intégrant l'évaluation de l'impact des plans d'actions.*

Objectif N° 6 : Prévenir les risques psychosociaux (RPS) chez les cadres de santé

La démarche institutionnelle en faveur de la qualité de vie au travail peut servir de base à l'évaluation et à une démarche de prévention primaire des RPS.

Proposition d'actions :

- *Sensibiliser et former les CSS à la prévention, au repérage des RPS à destination des cadres de santé.*
- *Former les CSS et CS à la prévention et à la gestion des conflits et des situations de crise.*

Objectif N°7 : Optimiser les organisations

Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté que la gestion de l'absentéisme des soignants en EHPAD-USLD représentait une charge de travail importante pour les cadres et générait un stress chez ces derniers. Dans le cadre de ses missions, le DS doit gérer les fortes tensions générées par l'absentéisme, accompagner les cadres dans la gestion des absences programmées et non programmées qui impactent l'organisation des soins, des prises en charge et la qualité et la sécurité des soins. Ce travail sur la gestion de l'absentéisme doit se faire en étroite collaboration avec le DRH et l'encadrement et invite à une réflexion plus ambitieuse que les actions formulées ci-dessous.

Proposition d'actions :

- *Réfléchir à instaurer ou à optimiser un pool de remplacement s'inscrivant dans une politique de remplacement définie.*
- *Clarifier les règles de gestion de l'absentéisme par la mise en place d'une charte de l'absentéisme.*
- *Rendre les agents acteurs de l'organisation de travail par la mise en place de l'entretien de retour.*
- *Mettre en place un tableau de bord des remplacements.*
- *Disposer d'indicateurs d'absentéisme.*

3.4 S'inscrire dans une démarche de type « Hôpital ami des aînés »

Objectif N°8 : Promouvoir une culture gériatrique intégrée en lien avec le conseil de la vie sociale et les représentants des usagers

La démarche « Hôpital ami des aînés » est un programme déployé au Canada et en Belgique qui vise à développer, à partir de cinq domaines clés, un cadre hospitalier favorable « ami des aînés ». En Belgique, le label n'existe pas encore alors qu'au Canada, 30% des hôpitaux sont qualifiés de « *Senior-Friendly* ».

Un hôpital ami des aînés est un hôpital qui lutte contre les stéréotypes véhiculés à l'égard des personnes âgées, qui incite à la qualité des soins auprès des personnes âgées vulnérables et dont l'objectif est de promouvoir, tous métiers confondus, une culture du savoir-être où l'accueil de la personne âgée, son accompagnement et son bien-être sont des préoccupations permanentes et ce, dans l'ensemble de l'établissement.

Cette démarche repose sur cinq domaines clés :

1) Un soutien organisationnel : Le leadership s'engage à offrir une expérience optimale aux personnes âgées fragiles en tant que priorité organisationnelle. Cet engagement permet de développer les ressources humaines, les politiques et les procédures, les processus de soins et les espaces physiques qui sont sensibles aux besoins des patients fragiles.

2) Les processus de soins : Dans cette approche, les soins sont conçus à partir de la preuve et des pratiques exemplaires qui tiennent compte de la physiologie, de la pathologie et des sciences sociales du vieillissement et de la fragilité. Les soins et les services dans l'ensemble de l'organisation sont dispensés d'une manière intégrée au système de soins de santé et favorisent les transitions vers la communauté.

3) Un environnement émotif et comportemental : Une attention particulière qui tient compte des vulnérabilités des personnes âgées, des soins centrés sur la personne, l'implication de chacun dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins aux personnes âgées ...

4) Une approche éthique dans les soins cliniques et la recherche : Les soins sont fournis et la recherche est conçue de manière à protéger l'autonomie, le choix et la diversité des patients les plus vulnérables : consentement éclairé, utilisation des directives anticipées, discussion approfondie du traitement et options palliatives ...

5) Un environnement physique où les structures, les espaces, l'équipement et le mobilier fournissent un environnement qui minimise les vulnérabilités des patients fragiles, en favorisant la sécurité, le confort, l'indépendance et le bien-être fonctionnel.

Ces orientations favorisent une acculturation gériatrique en milieu hospitalier et trouvent toute leur légitimité transversale à l'ensemble des projets de l'établissement et du GHT dont le projet de soins.

3.5 Se faire connaître pour se faire reconnaître

Selon notre étude, le secteur EHPAD-USLD est insuffisamment connu autant en interne qu'en externe. Les résidents et leurs familles sont des clients et les EHPAD offrent des prestations qui s'inscrivent dans un marché de plus en plus concurrentiel. L'hôpital se doit d'assurer une présence de son nom, de sa marque et de son savoir-faire dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le projet de communication de l'établissement peut intégrer des fiches projets centrés sur le renforcement de l'attractivité de ce secteur d'activité et de la fonction managériale, sur une communication WEB, sur la réalisation ou l'actualisation des documents institutionnels ou de plaquettes d'information.

Objectif N°9 : Soigner et développer les réseaux de communication à destination du public

Proposition d'actions : *Développer sa e-réputation.*

L'e-réputation investit désormais le secteur public de la perte d'autonomie et d'accompagnement du grand âge. En conséquence, les établissements doivent être en capacité de gérer leur identité numérique ce qui implique d'avoir développé au préalable une stratégie digitale. Avant de procéder à un travail d'e-réputation, l'image de marque doit être définie. Nous proposons d'impliquer les résidents, les cadres de santé des EHPAD, les professionnels et le conseil de la vie sociale dans le choix de la « marque » d'établissement

ce qui représente un excellent levier managérial et contribue à développer un sentiment d'appartenance à la structure.

Proposition d'actions : *Communiquer sur sa marque employeur.*

L'établissement peut communiquer sur sa marque employeur auprès des étudiants cadres de santé et pouvoir ainsi présenter les bénéfices associés à l'organisation en tant qu'employeur et à l'offre RH qu'elle propose. Cette démarche peut également s'appliquer en interne aux cadres de santé exerçant hors secteur EHPAD-USLD. Nous préconisons d'accompagner le marketing RH interne d'un plan de communication porté par les cadres de santé des EHPAD-USLD qui sont les acteurs, les ambassadeurs privilégiés pour diffuser la marque employeur sur le marché du travail ou dans la communauté.

Conclusion

Les cadres de santé exerçant en EHPAD-USLD sont l'interface indispensable à la déclinaison et à l'animation de la politique de l'établissement auprès des professionnels et en faveur d'une prise en charge de qualité des personnes âgées accueillies dans ces structures et de leur famille.

La question de l'attractivité et de la fidélisation de ces cadres de santé dans ce secteur d'activité demeure délicate et rend nécessaire une attention toute particulière des directions d'établissements. Ce travail tente de clarifier les facteurs pouvant impacter, de façon négative ou positive, l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité et d'esquisser des préconisations à l'attention du DS et des acteurs concernés par le sujet.

Au même titre que les soignants exerçant dans ce secteur d'activité, les cadres de santé souffrent d'une image dévalorisante de l'exercice de leur métier. Néanmoins, dans le cadre de notre étude, nous avons rencontré des cadres de santé, qui malgré des conditions d'exercice difficiles, véhiculent une image positive de leur métier.

Aucun des établissements enquêtés n'a procédé à un réel diagnostic et n'a engagé une stratégie et un plan d'action véritables en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé et plus spécifiquement à ce secteur d'activité. Dès lors, après avoir procédé à un diagnostic, le directeur des soins aura à mettre en place des stratégies visant à agir sur les facteurs influençant les représentations, la reconnaissance et la valorisation de l'exercice du métier de cadre de santé dans ce secteur d'activité et sur l'image positive qu'il souhaite porter à l'intérieur de l'établissement, du GHT et à l'extérieur.

Dans cette optique, la politique managériale du directeur des soins est déterminante de même que son mode de management pour lequel nous préconisons un management par la confiance et en faveur de la cohésion et de la motivation de l'équipe des cadres de santé.

Par ailleurs, l'accompagnement de ce changement nécessite que le DS collabore avec l'ensemble des acteurs de l'établissement et s'appuie sur les ressources et les opportunités que le GHT peut offrir.

Agir sur l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD est gage d'un management de qualité en faveur des soignants exerçant dans ce secteur d'activité et de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille.

Bibliographie

Etudes, rapports, recommandations, référentiels

ANAP (juillet 2013), « Le secteur médico-social, comprendre pour agir », p. 126.

ANAP (mai 2013), « Valoriser les métiers du grand âge, retours d'expérience et pistes d'action », p. 48.

DELATTRE, A., PAUL, S. (Mars 2016), « Les unités de soins de longue durée (USLD) », N° 2015-105R, Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 121.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) (2016), « Les établissements de santé », *Panoramas de la DREES*, p. 186.

FEDERATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS (FNESI) (2014), « Difficultés d'insertion professionnelle et précarisation de l'emploi - De la formation à l'organisation du système de santé », *Dossier de presse*, p. 19.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », établi par Michel YAHIEL et Céline MOUNIER, novembre 2010, p. 74.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Rapport du groupe n°1 « Société et vieillissement », établi par Annick MOREL et Olivier VEBER, juin 2011, p. 71.

KPMG (Avril 2014), « Observatoire des EHPAD », 80 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (2007), « Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », *Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique*, Tome 2, Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles, p. 326.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Rapport « Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal DE SINGLY, 11 septembre 2009, p. 124.

Ouvrages

BACHELARD, O. (2017), *Le bien-être au travail*, Presses de l'EHESP. 199 p.

BLIN, J-F. (1997), *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, L'harmattan. 224 p.

BOURGEON, D. (2015), *Faire fonction de cadre de santé*, Editions Lamarre. 200 p.

BOURGEON, D. (2012), *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail*, Editions Lamarre. 344 p.

BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C. (2014), *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines. 156 p.

CAMPENHOUDT, L. V. et R. QUIVY (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales - 4^e édition*, Dunod. 273 p.

CROZIER, M., FRIEDBERG, E. (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil. 500 p.

D'HOORE, W., STORDEUR, S. (2009), *Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse*, Editions Lamarre. 244 p.

DURAND, J. (2007), *Le cadre de santé : acteur incontournable dans le système hospitalier*, Editions Lamarre. 133 p.

LIGER, P. (2016), *Marketing RH – Comment devenir un employeur attractif – 4^{ème} édition*, Dunod. 202 p.

LUCAS, A. (2014), *Le développement des ressources humaines – Politiques, méthodes, outils – 2^{ème} édition*, Presses de l'EHESP. 424 p.

MAYMO, V., MURAT, G. (2013), *La boîte à outils – Développement Durable et RSE*, Dunod. 191 p.

PAILLE, P. (2014), *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines – Nouveaux enjeux, nouvelles réponses*, Presses de l'Université Laval. 262 p.

Articles et revues

BERTEZENE, S. (Mai 2016), « La RSE, outil marketing ou levier de performance ? », *Gestions hospitalières*, n°556, p. 281-284.

BOUTET, C., DELACOURT, G. (Octobre 2016), « La démarche RSE suppose un bouleversement organisationnel », *La Gazette SantéSocial*, n°133, p. 20-21.

BOZIO, A., GRAMAIN, A., MARTIN, C., MASSON, A. (Août 2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *CAIRN.INFO*, n°35, p. 1-12.

BRILLET, F., GAVOILLE, F. (Février 2016), « L'image métier : exploration d'une notion au cœur du choix professionnel », *Management & Avenir*, n°84, p. 53-72.

BRUNELLE, Y. (Janvier 2009), « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40, p. 39-48.

CALVET, L. et PRADINES, N. (Décembre 2016), « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 988, p. 1-4

CHANTEL, C., CHAZAL, J., FALINOWER, I., PERRIN-HAYNES, J. (2011), « Les personnes âgées en institution », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 22, p. 1-32.

CHENAL, M., JOLIDAN, P., LAURENT, T., MARQUIER, R., PEYROT, C., STRAUB, T., TOLDRE, C., VROYLANDT, T., (Septembre 2016), « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, n°5, p. 1-31.

CRIE, D. (Juillet-août 2017), « Marque employeur, quelle transposition à l'hôpital », *Revue Hospitalière de France*, n°577, p. 8-15.

FIZZALA, A. (Mars 2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? », *Dossier de la DREES*, n°1, p. 1-44.

FIZZALA, A. (Mai 2017), « Les durées de séjour en EHPAD », *Les dossiers de la DREES*, n°15, p.1-37.

MAKDESSI, Y., PRADINES, N., (Décembre 2016), « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et Résultats*, DREES, n° 989, p. 1-4.

MORIN, L. (Novembre 2015), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine », *La revue de la gériatrie*, Tome 40, n°9, p. 529-538.

PETIT, R., ZARDET, V. (2017), « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *CAIRN.INFO*, n°22, p. 31-54.

ROUSSEL, M. (Mars-Avril 2011), « Métiers de la gériatrie et de la gérontologie : multiples et en évolution », *Revue hospitalière de France*, n°539, p. 46-51.

VOLANT, S. (Mai 2009), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, DREES, n°877, p. 1-8.

VOLANT, S. (Décembre 2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, DREES, n°899, p. 1-6.

Mémoires

BLIEZ, V. (2006), « *La gériatrie recrute* » *Attractivité et fidélisation en gériatrie Quelle stratégie pour le Directeur des Soins ?* (ENSP)

COPIN, M. (2007), *La faible attractivité des secteurs de personnes âgées : quelles stratégies pour le directeur des soins ?* (ENSP)

Sites internet

http://aitkassiadil.chez.com/le_manager_au_quotidien/le_manager_au_quotidien.pdf

http://codes.droit.org/CodV3/action_sociale_familles.pdf

http://codes.droit.org/CodV3/sante_publique.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../pdf/.../manuel_v2010_janvier2014.pdf

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000134.pdf>

<http://seniorfriendlyhospitals.ca/toolkit>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/loi-relative-a-l-daptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/les-chiffres-cles>

<http://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2009.05.19-grand-age.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guides d'entretiens

Annexe 2 : Questionnaire individuel d'opinion sur les conditions d'exercice des cadres de santé en EHPAD-USLD

Annexe 3 : Modalités d'exploitation des outils et du recueil d'informations

Annexe 4 : Présentation des acteurs et de leur environnement

Annexe 1 : guides d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN N°1 : DS - CGS

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

- 1- Présentation du DS : depuis quand êtes-vous DS ? dans cet établissement ? Dans votre parcours professionnel, avez-vous exercé en EHPAD-USLD ?
- 2- Pouvez-vous me présenter le secteur EHPAD-USLD ? nombre de lits – organisation – management (directeur pôle personnes âgées ? médecin coordonnateur ? médecin chef de pôle ? CSS de pôle ? Nombre de cadres de santé et FFCS) – nombre de lits /cadre

AXE 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

- 3- Etes-vous ou avez-vous été confronté à des difficultés de recrutement ou de turnover important des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Approche générale de la problématique

- 4- Selon vous, qu'est ce qui explique que l'établissement soit confronté à cette problématique ou ne soit pas confronté à cette problématique ?

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

- 5- Selon vous, quelle image, représentation ont les professionnels, les cadres de santé de ce secteur d'activité ? Pensez-vous que cela influence le choix des cadres d'exercer dans ce secteur ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

- 6- Que pensez-vous de l'exercice professionnel des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Processus de recrutement

- 7- Comment s'effectue le recrutement des cadres de santé dans l'établissement et pour ce secteur d'activité ?

Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

- 8- Avez-vous développé une politique et/ou des dispositifs, plan d'action en faveur des cadres de santé dans l'établissement et spécifiquement pour ce secteur d'activité ?
- 9- En termes de préparation et d'accompagnement des futurs cadres de santé, collaborez-vous avec les IFCS ?

Politique et culture gériatrique

10- Quelle place est faite à la gériatrie dans le projet d'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ? que cela puisse être un levier d'attractivité pour les cadres de santé pour ce secteur ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

11- Pour garantir un encadrement sur ces structures, unités, quelles sont, seraient, selon vous, les conditions de réussite, les facteurs favorisants ?

Plus-value du GHT

12- Pensez-vous que le GHT représente une opportunité en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°2 : DRH

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

1- Présentation du DRH : depuis quand êtes-vous DRH ? Dans cet établissement ?

AXE 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

2- Etes-vous ou avez-vous été confronté à des difficultés de recrutement ou de turnover important des cadres de santé dans le secteur EHPAD-USLD ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Approche générale de la problématique

3- Selon vous, qu'est ce qui explique que l'établissement soit confronté à cette problématique ou ne soit pas confronté à cette problématique ?

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

4- Selon vous, quelle image, représentation ont les professionnels, les cadres de santé, de ce secteur d'activité ? Pensez-vous que cela influence le choix des cadres d'exercer dans ce secteur ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

5- Que pensez-vous de l'exercice professionnel des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Processus de recrutement

6- Comment s'effectue le recrutement des cadres de santé dans l'établissement et pour ce secteur d'activité ?

Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

7- Avez-vous développé une politique RH et/ou des dispositifs, plan d'action en faveur des cadres de santé dans l'établissement et spécifiquement pour ce secteur d'activité ? en collaboration avec le DS-CGS ?

Politique et culture gériatrique

8- Quelle place est faite à la gériatrie dans le projet d'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ? Que cela puisse être un levier d'attractivité pour les cadres de santé pour ce secteur ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

9- Pour garantir un encadrement sur ces structures, unités, quelles sont, seraient, selon vous, les conditions de réussite, les facteurs favorisants ?

Plus-value du GHT

10- A votre avis, le GHT peut-il être un levier en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°3 : DIRECTEUR DE POLE PERSONNES AGEES

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

1- Présentation du directeur : filière D3S ? Depuis quand êtes-vous Directeur ? Dans cet établissement ? Sur ce secteur ?

AXE 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

2- Êtes-vous ou avez-vous été confronté à des difficultés de recrutement ou de turnover important des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Approche générale de la problématique

3- Selon vous, qu'est ce qui explique que l'établissement soit confronté à cette problématique ou ne soit pas confronté à cette problématique ?

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

4- Selon vous, quelle image, représentation ont les professionnels, les cadres de santé de la gériatrie ? Pensez-vous que cela influence le choix des cadres d'exercer dans ce secteur ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

5- Que pensez-vous de la fonction cadre de santé en gériatrie, de leur environnement et de leurs conditions de travail ? Pensez-vous que cela influence le recrutement et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

6- Avez-vous développé une politique et/ou des dispositifs, plan d'action en faveur de des cadres de santé dans l'établissement et spécifiquement pour ce secteur d'activité (projet managérial, charte managériale, dispositif de recrutement, d'accompagnement ...) ?

7- Selon vous, s'il fallait faire le bilan des modalités de recrutement, d'accueil et d'accompagnement des cadres de santé en EHPAD-USLD, quels en seraient les points positifs, négatifs ?

Politique et culture gériatrique

8- Quelle place est faite à la gériatrie dans le projet d'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ? Que cela puisse être un levier d'attractivité pour les cadres de santé pour ce secteur ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

9- Quelles propositions pouvez-vous faire pour que les cadres de santé soient attirés par ce secteur et qu'ils aient envie d'y rester ?

Plus-value du GHT

10- Pensez-vous que le GHT représente une opportunité en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°4 : CSS EN SECTEUR OU POLE PERSONNES AGEES

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

1- Présentation du CSS : depuis quand êtes-vous CSS ? Dans cet établissement ? Sur ce pôle ? Auparavant, dans votre parcours professionnel, aviez-vous exercé en EHPAD-USLD ? Pourquoi avez-vous postulé sur ce pôle ?

2- Pouvez-vous me présenter votre pôle ? Nombre de lits (EHPAD-USLD) – organisation – management (directeur pôle personnes âgées ? médecin coordonnateur ? médecin chef de pôle ? Nombre de cadres de santé et FFCS.

AXE 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

3- Etes-vous ou avez-vous été confronté à des difficultés de recrutement ou de turnover important des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Approche générale de la problématique

4- Selon vous, qu'est ce qui explique que l'établissement soit confronté à cette problématique ou ne soit pas confronté à cette problématique ?

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

5- Selon vous, quelle image, représentation ont les professionnels, les cadres de santé, de ce secteur d'activité ? Pensez-vous que cela influence le choix des cadres d'exercer dans ce secteur ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

6- Que pensez-vous de l'exercice professionnel des cadres de santé dans ce secteur d'activité ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Processus de recrutement – Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

7- Comment s'effectue le recrutement, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des cadres de santé de votre pôle ?

8- Avez-vous développé (ou contribué) des dispositifs, des actions ... en faveur des cadres de santé pour ce secteur d'activité ? Pourquoi ?

Politique et culture gériatrique

9- Quelle place est faite à la gériatrie dans le projet d'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ? Que cela puisse être un levier d'attractivité pour les cadres de santé pour ce secteur ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

10- Selon vous, pour garantir un encadrement sur ces structures, unités, quelles sont les conditions de réussite, les facteurs favorisants ?

Plus-value du GHT

11- Pensez-vous que le GHT représente une opportunité en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°5 : CSS en IFCS

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

1- Présentation du CSS : depuis quand êtes-vous CS, CSS ? à l'IFCS ? Dans votre parcours professionnel, avez-vous exercé en EHPAD-USLD ?

2- Pouvez-vous me présenter l'IFCS ?

AXE 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

3- Au regard de l'agrément, avez-vous suffisamment d'étudiants cadres ? Pourquoi ?

4- Selon vous, sur une promotion d'étudiants, quelle est la proportion d'étudiants issus du secteur médico-social « gériatrique » ou ayant un projet d'exercice dans ce secteur d'activité ? Pourquoi ?

5- Connaissez-vous les besoins du territoire en CS et plus spécifiquement dans ce secteur d'activité ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Approche générale de la problématique

6- Selon vous, quels sont les freins, les éléments d'attractivité pour un exercice de la fonction cadre en EHPAD-USLD ?

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

7- Pensez-vous que la fonction cadre de santé soit différente entre un exercice en sanitaire et un exercice médico-social ? Ou demande des compétences différentes ?

8- Pensez-vous que ce secteur attire un profil particulier de professionnel ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

9- Quelle place occupe le médico-social « gériatrie » dans la formation des étudiants ?

10- Pensez-vous que la formation à l'IFCS favorise une orientation, un accompagnement, une préparation à un futur exercice dans ce secteur d'activité ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

11- Avez-vous des partenariats, des sollicitations, avec les établissements de santé et avec ce secteur d'activité ?

12- A votre avis, quel rôle, quelles propositions pourrez-vous faire l'IFCS pour favoriser l'attractivité des CS dans ce secteur ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°6 : CS EN EHPAD-USLD

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

1- Présentation du CS : depuis quand êtes-vous CS ? Dans cet établissement ? Sur cette structure ou unité ?

2- Pouvez-vous me présenter votre structure ou unité ? Nombre de lits (EHPAD-USLD) – Effectifs– profil des PA accueillies – Organisation – encadrement médical – projets en cours

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

3- Selon vous, comment est perçu le secteur médico-social, des personnes âgées par les professionnels et les cadres de santé ?

4- Auparavant, dans votre parcours professionnel, aviez-vous exercé en EHPAD-USLD ? Quels souvenirs en gardez-vous ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

5- Avez-vous candidaté pour ce poste ? Et pourquoi ?

6- Est-ce que ce poste répond à vos attentes et est en adéquation avec votre projet professionnel ?

7- Avez-vous un projet de mobilité à court terme et pour quel secteur ? Pourquoi ?

8- Que pensez-vous de votre exercice professionnel en qualité de cadre de santé en EHPAD ou USLD ? (Conditions d'exercice-relations-communication-autonomie-intérêt du poste – conduite de projets ...)

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

9- Avez-vous bénéficié de dispositifs d'accompagnement, de formation, d'aides ... au cours de votre formation à l'IFCS, à votre prise de poste et aujourd'hui ?

Politique et culture gériatrique

10- De votre point de vue, quelle place est faite à la gériatrie dans le projet d'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

11- Selon vous, pour garantir un encadrement sur ces structures, unités, quelles sont les conditions de réussite, les facteurs favorisant, les axes d'amélioration à proposer ?

Plus-value du GHT

12- Pensez-vous que le GHT représente une opportunité en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

AXE 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

- 1- Présentation du CS : depuis quand êtes-vous CS ? Dans cet établissement ? Sur cette structure ou unité ?
- 2- Auparavant, dans votre parcours professionnel, avez-vous exercé en EHPAD-USLD ? quels souvenirs en gardez-vous ?
- 3- Avez-vous un projet de mobilité à court terme et pour quel secteur ? Pourquoi ?

AXE 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

- 4- Quelle image, représentation avez-vous du secteur médico-social, de la gériatrie ? Pensez-vous que cela influence votre choix d'exercer dans ce secteur ?

Exercice professionnel des cadres de santé en EHPAD-USLD

- 5- Que pensez-vous de l'exercice professionnel du cadre de santé en EHPAD-USLD ?

AXE 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

- 6- De votre point de vue, quelle place est faite à la gériatrie au sein de l'établissement et du GHT ? Pensez-vous qu'il existe une culture gériatrique dans votre établissement ?

AXE 5 : Avis et préconisations des professionnels

Préconisations

- 7- Selon vous, pour attirer et fidéliser des cadres de santé dans ce secteur d'activité, quels seraient les conditions de réussite, les facteurs favorisant, les axes d'amélioration à proposer ?

Plus-value du GHT

- 8- Pensez-vous que le GHT représente une opportunité en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des cadres de santé sur le territoire et plus spécifiquement pour le secteur EHPAD-USLD ?

Annexe 2 : Questionnaire individuel d'opinion sur les conditions d'exercice des cadres de santé en EHPAD-USLD

Cocher la case correspondant à votre opinion		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Connaissance et qualité de l'environnement de travail					
1	Vous connaissez les valeurs, les orientations et les objectifs du Centre Hospitalier				
2	Vous connaissez la situation financière de votre établissement				
3	Vous connaissez les valeurs et les objectifs de votre secteur ou de votre pôle				
4	Votre structure, votre unité apporte un environnement de travail dans lequel vous pouvez accomplir votre travail et y trouver du sens				
5	Votre lieu de travail est un environnement qui globalement vous donne un pouvoir d'agir				
Information et moyens de communication					
6	Vous avez accès à toute l'information et aux moyens de communication nécessaires pour faire votre travail				
Sens et conditions d'exercice					
7	Vous savez ce qu'on attend de vous				
8	Votre travail vous apporte un challenge				
9	Vous avez le temps et les ressources pour faire votre travail				
Relations hiérarchiques et fonctionnelles					
10	Vous êtes soutenu et accompagné par votre encadrement supérieur				
11	Votre encadrement supérieur vous donne des informations spécifiques et claires sur le travail que vous faites bien				
12	Votre encadrement supérieur vous donne des recommandations concrètes sur la façon dont vous pourriez vous améliorer				
13	La collaboration cadre-médecin est effective et partagée				
Relations avec les pairs (cadres de santé de l'établissement)					
14	Vous êtes sollicité par vos collègues (aide, résoudre des problèmes ...)				
15	Vous avez le sentiment d'appartenir à une communauté managériale				
Valorisation et reconnaissance au travail					
16	Votre travail est valorisé				
17	Vos idées novatrices sont reconnues				
18	Votre travail est visible au sein de l'organisation dans son ensemble				
Développement des compétences et évolution professionnelle					
19	Votre établissement vous donne la possibilité de vous développer professionnellement				
20	Vous avez la possibilité d'utiliser l'ensemble de vos compétences et de vos connaissances				
21	Votre travail vous offre l'opportunité de développer de nouvelles compétences et d'acquérir de nouvelles connaissances				

Annexe 3 : Modalités d'exploitation des outils et du recueil d'informations

Au regard de nos objectifs d'enquête et de nos hypothèses et afin de faciliter le travail d'exploitation, nos outils ont été élaborés à partir des 5 axes suivants :

Axe 1 : Présentation du professionnel et de son environnement

Ces éléments sont recueillis par les entretiens de la manière suivante :

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5	6	7
Questions N°	1 - 2	1	1	1 - 2	1 - 2	1 - 2	1 - 2 - 3

Axe 2 : Identification de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5
Questions N°	3	2	2	3	3 - 4 - 5

Axe 3 : Raisons de la problématique du recrutement et de la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD

Dans cet axe, nous avons décliné 3 champs d'exploration : un champ en lien avec une approche générale à partir du guide d'entretien et deux champs spécifiques. Le premier champ spécifique porte sur la représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité et est exploré à partir du guide d'entretien. Le deuxième champ a pour visée d'étudier la satisfaction des cadres de santé en EHPAD-USLD par rapport à leur environnement de travail, à leurs conditions d'exercice et d'évolution par le biais du guide d'entretien et du questionnaire individuel d'opinion tel que présenté précédemment.

Approche générale de la problématique

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5
Questions N°	4	3	3	4	6

Représentation du secteur gériatrique et de la fonction cadre de santé dans ce secteur d'activité

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5	6	7
Questions N°	5	4	4	5	7 - 8	3 - 4	4

Exercice professionnel des cadres de santé dans ce secteur d'activité

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	6	7
Questions N°	6	5	5	6	5 – 6 – 7 - 8	5

Axe 4 : Politique de l'établissement et dispositifs mis en place

Dans cet axe et à partir du guide d'entretien seront explorés 3 champs : le processus de recrutement des cadres de santé, la politique managériale et les dispositifs RH et enfin, la place de la gériatrie dans la politique de l'établissement.

Processus de recrutement des cadres de santé

Grille d'entretien N°	1	2	4
Questions N°	7	6	7

Politique managériale et dispositifs RH en faveur de l'encadrement

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5	6
Questions N°	8 - 9	7	6 - 7	7 - 8	9 - 10	9

Politique et culture gériatrique

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5	6	7
Questions N°	10	8	8	9	9	10	6

Axe 5 : Avis et préconisations des professionnels

Dans cette partie, nous avons souhaité solliciter des préconisations auprès des interviewés pour favoriser le recrutement, la fidélisation et la promotion de la fonction cadre de santé en EHPAD-USLD. Par ailleurs, puisque nous avons conduit cette étude dans le contexte d'un GHT, il nous a semblé opportun d'interroger les professionnels sur une éventuelle plus-value du GHT par rapport à cette problématique. Cet axe a été exploré au travers de 2 questions du guide d'entretien.

Préconisations

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	5	6	7
Questions N°	11	9	9	10	11 - 12	11	7

Plus-value du GHT

Grille d'entretien N°	1	2	3	4	6	7
Questions N°	12	10	10	11	12	8

Annexe 4 : Présentation des acteurs et de leur environnement – Synthèse des résultats

Tableau 1 : Ancienneté des acteurs dans la fonction, l'établissement et au poste actuellement occupé

Personnes enquêtées (Entité)	Ancienneté dans la fonction exercée	Ancienneté dans l'établissement	Ancienneté dans le poste actuel
DS (B)	12 ans	43 ans	12 ans
DS (E)	18 mois	18 mois	18 mois
DRH (A)	4 ans	7 ans	4 ans
Directeur de pôle PA (A)	8 ans	7 ans	7 ans
CSS pôle PA (A)	4 ans	28 ans	4 ans
CSS filière gériatrique (A)	12 ans	20 ans	4 ans
CSS EHPAD-USLD (B)	7 ans	22 ans	7 ans
CSS (C)	8 mois	15 ans	2 (dont FF sur le poste)
CSS IFCS	2 ans	6 mois	6 mois
CS EHPAD-UHR (A)	9 ans	21 ans	8 ans
CS EHPAD (A)	8 ans	8 ans	3 ans
CS Pneumologie (A)	1 an	3 ans	1 an
CS Chirurgie orthopédique (A)	17 ans	21 ans	8 mois
CS (D)	5 ans	3 ans	3 ans
CS (D)	4 ans	4 ans	4 ans

Tableau 2 : Expérience en EHPAD-USLD au cours du parcours professionnel

Personnes enquêtées (Entité)	OUI	NON
DS (B)		X
DS (E)	X	
CSS pôle PA (A)	X	
CSS filière gériatrique (A)	X	
CSS EHPAD-USLD (B)		X
CSS (C)	X	
CSS IFCS		X
CS EHPAD-UHR (A)	X	
CS EHPAD (A)	X	
CS Pneumologie (A)	X	

CS Chirurgie orthopédique (A)		X
CS (D)		X
CS (D)	X	

Tableau 3 : Modalités d'affectation au poste

Personnes enquêtées (Entité)	A candidaté sur le poste	Poste proposé	Poste non choisi
DS (B)	X		
DS (E)	X		
Directeur de pôle PA (A)	X		
CSS pôle PA (A)	X		
CSS filière gériatrique (A)	X		
CSS EHPAD-USLD (B)		X	
CSS (C)	X		
CSS IFCS	X		
CS EHPAD-UHR (A)	X		
CS EHPAD (A)	X		
CS Pneumologie (A)	X		
CS Chirurgie orthopédique (A)	X		
CS (D)	X		
CS (D)	X		

Tableau 4 : Motivations à l'exercice en EHPAD-USLD

Personnes enquêtées (Entité)	Motivations
Directeur de pôle PA (A)	« Suite à un stage de 10 mois en tant qu'élève directeur, j'ai découvert ce secteur qui m'a plu et le directeur m'a proposé le poste ».
CSS pôle PA (A)	A exercé en EHPAD en qualité d'IDE ; a gardé un très bon souvenir de son travail IDE auprès des PA : travail enrichissant par rapport à la PEC globale, « <i>n'était pas vraiment technicienne</i> » ; expérience positive en qualité de CS en EHPAD ; ambiance de travail plus sereine qu'en MCO ; « <i>J'ai aimé mon travail de CS notamment avec les familles, les équipes</i> ».

CSS filière gériatrique (A)	« J'ai été CSS de pôle PA pendant 8 ans, j'aime particulièrement le secteur des personnes âgées et c'est pourquoi j'ai souhaité continuer à travailler dans ce secteur sur la filière gériatrique, sur le parcours de santé des personnes âgées ».
CSS EHPAD-USLD (B)	« On est venu me chercher » pour prendre ce poste néanmoins ce poste de CSS en EHPAD-USLD s'inscrivait dans son projet d'évolution, de carrière et mon projet de Master 2. De nombreux projets à conduire et « J'ai apprécié travailler avec un médecin coordonnateur avec une vraie culture gériatrique ».
CSS (C)	« Depuis la sortie de l'IFSI, j'avais le souhait d'intégrer un EHPAD : autonomie professionnelle, beaucoup de responsabilités, DU soins en gérontologie » ; « des membres de ma famille travaillent en EHPAD et ma mère a terminé sa carrière en qualité de directeur d'EHPAD ».
CS EHPAD-UHR (A)	« Les valeurs professionnelles : on a l'écoute des médecins (échanges, respect, collaboration), on peut discuter, il y a de l'humain, du respect, de la collaboration que je n'ai pas retrouvé sur l'hôpital en MCO ». Le sens du soin, le respect des résidents. « On ne parle pas d'un numéro de chambre mais du résident, de monsieur X. On a le temps de prendre soin des personnes même si les soignants sont débordés et d'accompagner les familles ».
CS EHPAD (A)	« Le travail me plaisait. Je ne me vois pas sur le court séjour. Je ne suis pas cadre dans un service classique. J'ai peur de m'ennuyer, de me lasser. J'ai tellement de choses différentes à faire. J'ai une autonomie que j'aime bien. C'est clair je suis partie à l'IFCS et je revenais tout en sachant que le poste en EHPAD était pour moi-même et je me suis un peu battue pour l'avoir. Le travail en EHPAD me plaît. Je ne me vois pas postuler sur des services classiques. J'ai peur que cela soit trop restrictif, que je m'ennuie. J'aime bien travailler en autonomie ».
CS (D)	« Il y a des PA dans toutes les spécialités et j'ai voulu approfondir ; je vais évoluer prochainement vers un poste de CSS ».
CS (D)	Expérience positive en EHPAD car contact positif avec les PA. « Mon projet professionnel lorsque j'étais étudiante cadre était soit auprès des PA ou des enfants. D'ailleurs, j'ai effectué mon stage optionnel à l'IFCS en crèche et en EHPAD ».

Tableau 5 : Présentation de l'environnement de travail secteur EHPAD-USLD

Personnes enquêtées (Entité)	Environnement de travail (éléments)
DS (B)	Le DS n'intervient pas sur ce secteur. Le secteur est géré par un directeur délégué, 1 médecin coordonnateur et un CSS. Ce secteur est réparti sur 4 sites. Ratio moyen 1 cadre pour 79 lits.
DS (E)	3 sites – pôle gériatrie avec 2 sous pôles (hébergement-SSR) – 1 médecin coordonnateur – 1 directeur référent de pôle – environ 10 CS (6 en EHPAD – 4 SSR gériatrique) – ratio de 24 lits à 40 lits / cadre. 1 cadre / EHPAD et parfois sur des structures isolées.
CSS pôle PA (A)	7,8 CS (ETP) sur le pôle dont 1 FF CS – 5,6 ETP médecins – 63,3 IDE (ETP) – 155,5 AS (ETP) – 73,45 ASH (ETP) – ratio moyen 1 cadre pour environ 76 lits.
CSS EHPAD-USLD (B)	Travail en trinôme (CSS, médecin coordonnateur, directeur adjoint D3S) – 3 cadres de santé et 1 IDE coordinatrice – 1 cadre de santé pour environ 100 lits sur 1 voire 2 établissements.
CSS (C)	200 lits d'EHPAD – 7 lits d'hébergement temporaire – 10 places d'accueil de. 1 directrice par délégation du CH X – convention de direction commune à 4 établissements - 1 médecin coordonnateur – médecins libéraux – 1 CSS (elle-même) – 1 CS et 2 FFCS. Encadrement de 50 à 70 agents – 1 cadre pour en moyenne 72 lits.
CS EHPAD-UHR (A)	UHR sur un site de 252 lits (3 étages) – 16 lits UHR (2 médecins référents, 2 visites /semaine). Outre l'UHR, le CS assure les commandes sur toute la structure, la gestion des 6 agents (hôtellerie), remplace les collègues pendant leur absence et gère l'équipe de remplacement sur le pôle : 12 ETP : 5 IDE, 7 AS (6 AS et 1 ASH)
CS EHPAD (A)	1 cadre de santé pour 77 lits - Effectif : 30 agents – moyenne d'âge des résidents 88 ans – GMP> à 600 – polyopathologies, maladie Alzheimer – 2 médecins hospitaliers gériatres chacun 1 jour / semaine
CS (D)	1 cadre de santé pour en moyenne 78 lits dans l'établissement D. 1 directeur d'établissement – Médecins libéraux

FILIERE DES DIRECTEURS DES SOINS

Promotion 2017

Favoriser l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé**en EHPAD-USLD à l'hôpital public :****Diagnostic et propositions d'actions pour le directeur des soins****Résumé :**

Les EHPAD-USLD en 2017 représentent des secteurs d'activité importants au sein des établissements publics hospitaliers ; en effet plus de 90% des USLD relève du secteur hospitalier et près de 26% des personnes âgées dépendantes sont hébergées au sein d'EHPAD publics hospitaliers. Ce secteur d'activité est en profonde mutation impacté à la fois par les réformes du secteur médico-social, les différents plans en faveur des personnes âgées et les lois hospitalières successives. Afin d'accompagner le changement, les cadres de santé sont des acteurs incontournables et essentiels pour mener à bien les différents projets, mobiliser les professionnels et garantir une qualité de la prise en charge des personnes âgées. Néanmoins, de nombreux établissements semblent confrontés à une problématique de recrutement et de fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité.

Ce mémoire professionnel tente d'identifier la réelle problématique de recrutement et de fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD, d'explorer les raisons de cette problématique, de mettre en évidence la politique et les dispositifs mis en place par les établissements de santé contribuant à l'attractivité et à la fidélisation des cadres de santé et plus particulièrement dans ce secteur d'activité et de susciter auprès des acteurs des préconisations sur le sujet. Au-delà de la vérification des hypothèses formulées, l'étude qualitative a permis de recueillir de nombreux éléments d'analyse susceptibles d'impacter l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé dans ce secteur d'activité permettant ainsi d'établir un diagnostic et une matrice SWOT. C'est à partir de ce diagnostic que des préconisations relatives au directeur des soins ont été formulées afin d'améliorer l'attractivité et la fidélisation des cadres de santé en EHPAD-USLD.

Mots clés :

Directeur des soins – Cadres de santé – EHPAD – USLD – Attractivité – Fidélisation – Marque employeur – Marketing RH – Hôpitaux magnétiques – Qualité de vie au travail - Représentation – Image – Management par la confiance.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.