



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**Attractivité et fidélisation des
infirmiers novices : les axes
stratégiques du Directeur des Soins.**

Aurélie BERNARD

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à :

Monsieur Jean LEFEBVRE : directeur des soins, pour les conseils qu'il a su me donner à des moments clés. Sa confiance a été un véritable moteur durant tout ce parcours.

Monsieur Reynald DESEILLE : directeur des soins, pour ses conseils et encouragements.

Madame Mylène COULAUD : ma tutrice de positionnement, Monsieur Patrick JAVEL : mon référent mémoire, qui m'ont guidé et accompagné tout au long de ce mémoire professionnel .

Monsieur Jean-Claude VALLEE, directeur de la filière, pour ses conseils durant la formation.

Tous les professionnels que j'ai pu rencontrer, les professeurs de l'EHESP, pour le temps consacré et le partage d'expériences riches d'enseignement.

Mes collègues de promotion « Thomas PESQUET » et plus particulièrement Agnès, Françoise, Marie-Ange et Denis pour cette année de partage et d'amitié depuis la préparation au concours.

Ma famille, mes ami(e)s pour le soutien et le relais auprès des enfants. Merci particulièrement à mon mari sans qui rien n'aurait été possible.

Sommaire

Introduction	1
1 Éléments de réflexion	5
1.1 Les données et les perspectives démographiques sur les infirmiers.....	5
1.1.1 Une hausse des quotas en IFSI.....	5
1.1.2 Le nombre de diplômés infirmiers en baisse	6
1.1.3 L'allongement de la carrière des infirmiers.....	7
1.1.4 L'activité hospitalière : un mode d'exercice en baisse	7
1.1.5 Un besoin de professionnels face à l'augmentation de la demande de soins.	8
1.1.6 Les perspectives d'emploi.....	9
1.1.7 Une répartition inégale d'infirmiers sur le territoire	9
1.2 Un contexte en mutation.....	10
1.2.1 Le contexte hospitalier en mutation	10
1.2.2 L'exercice de la profession dans un contexte en mutation	13
1.2.3 De l'étudiant ... au professionnel infirmier novice.....	14
1.2.4 Collaborer pour professionnaliser	15
1.3 Définition des termes	16
1.3.1 La stratégie.....	16
1.3.2 L'attractivité et la marque employeur	18
1.3.3 La fidélisation.....	19
1.4 L'expérience des hôpitaux magnétiques d'Amérique du Nord.....	19
1.4.1 Définition du magnet hospital.....	20
1.4.2 Quel est le modèle ?.....	20
1.4.3 Les effets attendus du magnet hospital.....	21
1.4.4 Quelles pratiques concernant la gestion des ressources humaines ?	22
1.5 La synthèse de l'approche théorique	23
2 L'enquête de terrain et l'analyse	25
2.1 Le cadre de l'enquête	25
2.1.1 La démarche d'investigation.....	26

2.1.2	Le choix des terrains d'enquête	26
2.1.3	Les limites de l'enquête.....	27
2.1.4	Le niveau d'intérêt pour le sujet	27
2.1.5	Présentation de la grille d'entretien	27
2.2	La méthodologie de l'analyse de contenu.....	28
2.2.1	En quoi ça consiste ?	28
2.2.2	De la théorie à la pratique	28
2.3	Les résultats de notre recherche et l'analyse.....	28
2.3.1	La population d'enquête et les caractéristiques.....	29
2.3.2	L'analyse.....	29
2.3.2.1	Définition du terme « attractivité » et les attentes des professionnels.....	30
2.3.2.2	Les facteurs d'attractivité et leur déclinaison au sein des établissements.....	33
2.3.3	Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses.....	41
3	Les préconisations et les perspectives.....	43
3.1	Fédérer et collaborer	43
3.1.1	Axe 1 : Collaborer autour du projet d'établissement.....	43
3.1.2	Axe 2 : Porter des projets partagés DRH-DS	44
3.1.3	Axe 3 : Co-construire la professionnalisation des étudiants	47
3.2	Le DS : un manager stratégique	49
3.2.1	Axe 4 : Le management du DS : porteur de sens.....	49
3.2.2	Axe 5 : Le management par la QVT.....	52
3.2.3	Axe 6 : Le projet de soins : un axe stratégique pour le DS.....	53
3.3	Des axes stratégiques à conforter et à inventer.....	54
3.3.1	Axe 7 : Communiquer pour être reconnu	54
3.3.2	Axe 8 : Le GHT : une opportunité d'ouverture sur le territoire	56
	Conclusion.....	59
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	VI

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence **R**égionale d'**H**ospitalisation

CGS : **C**oordonnateur **G**énéral des **S**oins

CH : **C**entre **H**ospitalier

CHU : **C**entre **H**ospitalier **U**niversitaire

CESE : **C**onseil **E**conomique, **S**ocial et **E**nvironnemental

CPTS : **C**ommunautés **P**rofessionnelles **T**erritoriales de **S**anté

DGOS : **D**irection **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins

DRH : **D**irection **R**essources **H**umaines

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **É**tudes, de l'**É**valuation et des **S**tatistiques

DROM : **D**épartements et **R**égions d'**O**utre-**M**er

DS : **D**irecteur des **S**oins

DSIF : **D**irecteur des **S**oins en **I**nstitut de **F**ormation

DSES : **D**irecteur des **S**oins en **É**tablishement de **S**anté

EPP : **É**valuation des **P**ratiques **P**rofessionnelles

FNESI : **F**édération **N**ationale des **É**tudiants en **S**oins **I**nfirmiers

GHT : **G**roupement **H**ospitalier de **T**erritoire

GPMC : **G**estion **P**révisionnelle des **M**étiers et **C**ompétences

GRH : **G**estion des **R**essources **H**umaines

HPST : **H**ôpital **P**atient **S**anté **T**erritoire

ICOGI : **I**nstance **C**ompétente pour les **O**rientations **G**énérales de l'**I**nstitut

IFSI : **I**nstitut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers

INSEE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **É**tudes **E**conomiques

LMSS : **L**oi de **M**odernisation de notre **S**ystème de **S**anté

PIB : **P**roduit **I**ntérieur **B**rut

PMP : **P**rojet **M**édical **P**artagé

QVT : **Q**ualité de **V**ie au **T**ravail

RH : **R**essources **H**umaines

TOM : **T**erritoire d'**O**utre-**M**er

Introduction

Les infirmiers représentent la première profession de santé en termes d'effectifs, comme le rappelle la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) lors de la grande conférence de santé qui s'est déroulée le 11 février 2016¹ au Conseil économique, social et environnemental (CESE). En effet, au 1^{er} janvier 2015, plus de 638 000 infirmiers sont recensés dans le répertoire Adeli. Le rapport de la DREES² annonce 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2020 et précise que ces quinze dernières années, le nombre d'infirmiers a progressé entre 2000 et 2017.

Toutefois, on observe une différence entre le nombre d'entrées des étudiants en formation de soins infirmiers et le nombre de sorties. Le différentiel s'avère négatif. La profession infirmière reste cependant relativement attractive, mais un nombre important d'étudiants abandonnent au cours de leur formation. La formation est difficile et les expériences vécues en stage par les étudiants peuvent être mal vécues. Dans son enquête³ : « *Mal-être des Étudiants.e.s en Soins Infirmiers : Il est temps d'agir* », la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI) met en évidence des conditions de stage difficiles. 44,61% des étudiants dénoncent un manque de considération des professionnels à leur égard ainsi que des conditions d'encadrement et d'accompagnement défavorables. De plus, les infirmiers diplômés d'état exerçant à l'hôpital sont également soumis à des conditions d'exercice parfois difficiles. En effet, la DREES⁴ relève dans son rapport que quel que soit le statut de l'établissement d'exercice (public ou privé), les infirmiers jugent être confrontés à une quantité de travail excessive et à un sentiment de manque de reconnaissance. On le sait, la démographie médicale est sur une pente descendante. Aujourd'hui, les rapports et les articles de presse faisant état de la pénurie infirmière se multiplient.

Le premier ministre, Manuel VALLS, rappelle⁵ : « *La transformation de notre système de santé, son avenir se construiront avec les professionnels. Ceux-ci ont en commun le choix du service aux autres, l'exigence et les responsabilités qui en résultent...Mais ils aspirent aussi à être mieux préparés à faire face à ces transformations, à l'évolution des besoins et de l'organisation de notre système de santé. Ils souhaitent être davantage impliqués dans l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Ils souhaitent aussi voir évoluer la formation*

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr> > grande-conference-de-la-sante 2016

² Rapport de Mai 2018 -Numéro 1062- <https://www.date.drees.sante.gouv.fr>

³ <https://fnesi.org> > wp-content > uploads > 2017/09 > DP_Bien-être_ESI_FNESI

⁴ Ibid 2

⁵ <https://solidarites-sante-gouv.fr> > IMG > pdf > 11_02_2016_grande_conference_de_la_sante Verbatim du premier ministre.

des plus jeunes pour que celle-ci soit davantage en phase avec les contextes d'exercice et permette le développement de véritables parcours professionnels. »

En effet, la transformation de notre système de santé se construit avec les professionnels puisqu'ils sont au front de la transition épidémiologique avec la prévalence des maladies chroniques, de l'évolution démographique impactant la population en général (vieillesse de la population), de la disparité territoriale, organisationnelle et sociale d'accès aux soins. L'implication et l'exigence des usagers sont de plus en plus prégnantes dans le système de santé. Or, dans un contexte sanitaire en forte mutation, pour des raisons sociétales et économiques, il convient donc de se questionner sur la gestion des emplois et des compétences puisque l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale repose pour l'essentiel sur les ressources humaines. Dans un environnement de forte tension entre les exigences de qualité des soins dispensés à la population et les aspects démographiques et médico-économiques, la question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels de santé est itérative.

Il s'agit aujourd'hui de faire face à la pénurie des professionnels de santé pour certains métiers dits sensibles et d'anticiper le renouvellement des effectifs. D'un point de vue quantitatif d'abord, même si les quotas ont été revus à la hausse pour l'entrée en formation en soins infirmiers, notamment avec le dispositif de Parcoursup mais aussi d'un point de vue de la répartition au sein du territoire comme en témoignent les disparités régionales. Les questions d'attractivité dans un premier temps et de fidélisation dans un second temps des professionnels de santé sont au centre des problématiques de gestion des ressources humaines depuis quelques années. La faible attractivité de certains établissements auprès des professionnels peut avoir un réel impact sur la qualité des prises en soins et la sécurité des soins dispensés. A plus d'un titre, le besoin en professionnels de santé qualifiés est essentiel. De nombreux défis se présentent tels que le manque d'effectifs et les règles rigides de dotation de personnel, les exigences de productivité, de performance et de maîtrise des dépenses, l'intensité des soins exigeant le développement des compétences. Aujourd'hui, dans un contexte économique contraint, les professionnels doivent faire mieux et plus, à niveau constant en ressources humaines.

Même s'il est difficile pour les professionnels de penser le changement quand les enjeux plus immédiats guident leurs préoccupations, il semble légitime de s'interroger sur la prospective stratégique à adopter. Il paraît alors essentiel de définir une véritable stratégie d'attractivité des professionnels paramédicaux infirmiers novices au sein des établissements de santé afin de répondre aux différentes évolutions du monde hospitalier. L'attractivité et la fidélisation des personnels paramédicaux est aujourd'hui fortement induite par la politique volontariste de l'établissement et les équipes de direction qui l'animent. Pour

le directeur des soins, se questionner sur quelles réponses, à savoir quelle stratégie audacieuse et innovante au sein de l'établissement, favorable à la fois au recrutement et au développement des compétences pour garantir la qualité et la sécurité des soins auprès des usagers, nous semble un élément clé. Le recrutement, pour assurer les activités, permet de maintenir les organisations en place et de garantir les missions du service public. Or, si les effectifs et les compétences ne sont pas en adéquation pour répondre aux besoins et aux demandes des usagers et patients, les équipes sont en grandes difficultés. Les soignants ne peuvent plus répondre de façon optimale aux critères de sécurité et qualité dans la dispensation des soins. Ainsi, le directeur des soins, en tant que membre de l'équipe de direction, doit se questionner sur les facteurs de réussite et les axes stratégiques à mettre en œuvre au sein de l'établissement concernant l'attractivité et la fidélisation des professionnels paramédicaux.

En tant que futur directeur des soins (DS), nous avons voulu faire davantage de prospections sur ce qui nous avait interpellée dans une situation observée dans un centre hospitalier situé dans les Hauts de France. Le constat porte sur un problème récurrent de recrutement dans un premier temps puis de fidélisation dans un second temps des professionnels paramédicaux : kinésithérapeutes, infirmiers, aides-soignants et manipulateurs en radiologie. L'encadrement soignant est en grandes difficultés pour permettre une bonne organisation des soins parce qu'il ne dispose pas des ressources humaines (RH) nécessaires. Le recrutement des professionnels paramédicaux répond à des besoins RH (départs en retraite, mutations ou arrêts longue maladie). Néanmoins, les postes à pourvoir ne reçoivent pas de candidatures auprès de la Direction des ressources humaines (DRH). Il n'y a pas ou peu de candidats qui postulent. De plus, nous avons pu observer que les étudiants de troisième année de l'institut de formation en soins infirmiers, rattaché au centre hospitalier, ne postulent pas systématiquement dans l'établissement du site, pourtant partenaire de la formation intégrative permettant la professionnalisation des étudiants.

Il nous a semblé intéressant donc de traiter cette question de recrutement et d'attractivité pour les professionnels paramédicaux. Nous avons fait le choix de cibler une population sinon le champ était trop large. C'est pourquoi, nous traiterons le thème uniquement pour les professionnels paramédicaux infirmiers novices. En effet, les difficultés rencontrées ne sont pas les mêmes d'une profession à l'autre. De plus, selon les lectures faites, la stratégie d'attractivité semble différer selon les métiers et ceux notamment plus sensibles (aide-soignant, kinésithérapeute, manipulateur en radiologie).

Le questionnement initial s'est orienté sur : « *En quoi le Directeur des Soins est-il acteur de la stratégie d'établissement en vue de promouvoir l'attractivité et la fidélisation des professionnels paramédicaux infirmiers novices ?* »

Toutefois, après plusieurs lectures, la question n'est pas orientée et formulée de façon à en dégager des actions concrètes. Nous avons reformulé la question pour que des préconisations pragmatiques puissent en être le résultat. L'objectif serait de cerner les facteurs, les dispositifs, les actions pouvant rendre attractif un établissement de santé et ainsi fidéliser les professionnels de santé, notamment les infirmiers novices.

Notre réflexion, guidée par les éléments issus du constat, nous amène à développer la problématique suivante :

« Quelle stratégie le DS peut-il mettre en place pour promouvoir l'attractivité et la fidélisation des professionnels infirmiers novices? »

Cette problématique induit un ensemble de questionnements qui serviront d'architecture à notre travail de recherche :

- Comment définir le terme « attractivité, fidélisation? »
- Quelles sont les attentes des infirmiers novices ?
- Comment caractériser les environnements favorables ?
- Quels sont les principaux facteurs d'attractivité et de fidélisation des professionnels dans les établissements de santé ?
- En quoi le DS peut-il contribuer à une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels paramédicaux en établissement de santé ?
- Quelle peut être la stratégie du DS pour répondre à ces enjeux ?

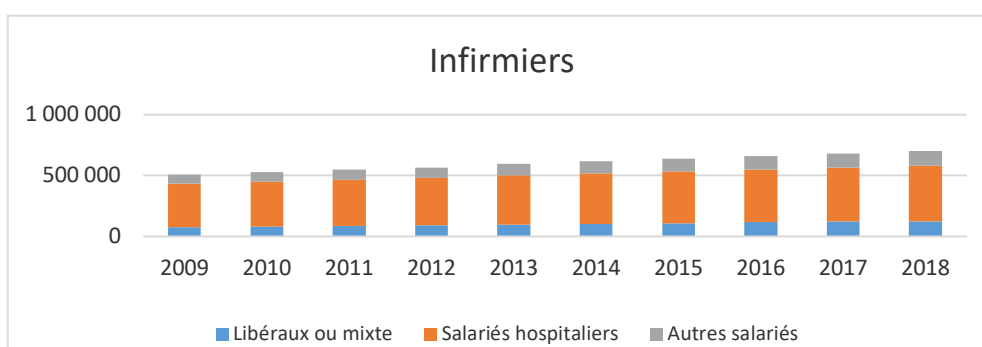
Afin de cerner le sujet, la première partie du mémoire professionnel apporte un éclairage sur le contexte hospitalier en mutation et l'exercice de la profession infirmier dans ce contexte, avant de se centrer sur les différents concepts employés dans le questionnement ainsi que sur le modèle du « *magnet hospital* ». La seconde partie présente la méthodologie de l'enquête ainsi que les résultats des entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels et d'étudiants en soins infirmiers, au sein de centres hospitaliers situés dans différentes régions. Le diagnostic, réalisé à partir de l'analyse des données recueillies auprès des personnes enquêtées, nous permet dans une troisième partie de proposer des préconisations et des perspectives d'actions. Celles-ci portent sur les axes stratégiques à décliner et mettre en œuvre concernant la stratégie du directeur des soins sur la question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels paramédicaux infirmiers au sein d'un établissement de santé.

1 Éléments de réflexion

Nous avons choisi au travers de ce travail de situer dans un premier temps les professionnels infirmiers dans un contexte en mutation. Nous tenterons, au travers de cette partie, d'identifier les données et les perspectives démographiques ainsi que les différentes évolutions du contexte hospitalier. Ensuite, il nous semble important de définir le processus de la professionnalisation qui implique la collaboration entre le directeur des soins en institut de formation (DSIF) et le directeur des soins en établissement de santé (DSES). De plus, il nous paraît opportun de déterminer les différents concepts inhérents à la problématique tels que la stratégie, l'attractivité, la fidélisation. Enfin, nous aborderons le concept du « *magnet hospital* » et ses effets attendus en terme d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices.

1.1 Les données et les perspectives démographiques sur les infirmiers

Cette première partie fait référence aux statistiques du rapport de la DREES⁶. Nous nous appuierons sur tous les éléments chiffrés de l'étude pour exposer nos différents constats contextuels. Selon les projections du rapport, le nombre d'infirmiers actifs devrait atteindre 881 000 en 2040. En 2018, le nombre d'infirmiers est de 700 988. Cette hausse répond à la demande des soins. Elle est plus importante que l'augmentation de la population (+3% en moyenne par an contre + 0,6%). Le rapport fait état d'une densité d'infirmiers passant de 637 infirmiers pour 100 000 habitants en 2000 à 972 en 2016.



1.1.1 Une hausse des quotas en IFSI

Les flux d'entrées en IFSI sont régulés par des quotas fixés chaque année par arrêté ministériel et fixés selon l'évaluation des besoins en infirmiers. Au niveau national, les quotas n'ont cessé d'augmenter ces vingt dernières années. Pourtant, comme le précise un dossier de la FNEI : « *État des Lieux de la Formation en Soins Infirmiers : Entrée en IFSI et Jeunes Diplômés* » de Février 2013⁷, il est nécessaire d'avoir conscience que les

⁶ Rapport de Mai 2018 -Numéro 1062- <http://www.date.drees.sante.gouv.fr>

⁷ https://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/1/5/74315-130218-edl-formation-en-soins-infirmiers-original.pdf

quotas⁸ ne reflètent pas le nombre réel d'étudiants sur le terrain. Il s'agit du nombre de places qui souvent restent inoccupées. Cela s'explique en partie par des raisons matérielles. La question des moyens alloués à la formation se pose : agrandir les IFSI, capacité à accueillir les nouveaux étudiants. Nous pouvons noter que certaines régions n'atteignent pas leurs quotas, alors que d'autres ne peuvent pas répondre à toutes les demandes. Le nombre d'infirmiers en activité est régulé par d'autres facteurs que celui du simple nombre d'entrants en IFSI. L'ouverture du concours et l'augmentation des quotas entraîne l'entrée dans la formation d'étudiants qui à la base n'avaient pas forcément les compétences requises pour l'accès aux études en soins infirmiers. Le nombre d'étudiants inscrits en première année n'est pas le nombre de diplômés à l'issue de la formation⁹. Certains étudiants redoublent la 1^{ère} année, ce qui retarde l'année d'obtention du diplôme ; d'autres arrêtent leur formation et changent d'orientation ; d'autres font un report de formation et réintègrent par la suite. C'est souvent le cas des étudiants de troisième année qui ont peur des responsabilités et exercent en tant qu'aide-soignant quelques années avant d'interrompre ou de reprendre leur formation. Une forte déperdition : 20% admis au concours d'entrée ne seront jamais diplômés infirmiers.

1.1.2 Le nombre de diplômés infirmiers en baisse

Le nombre de diplômés est inférieur de 16% par rapport aux quotas fixés trois ans auparavant à l'entrée en formation. Ce déficit peut varier selon les régions. En Ile de France et dans les Hauts de France, on note un déficit de l'ordre de 27% et 24% alors qu'il est de 7% en Auvergne-Rhône-Alpes. La modification des quotas d'entrées en IFSI produit ses effets trois ans plus tard, au vue de la durée des études. On note un écart moyen de moins 8% entre le nombre de « primo-inscriptions » en première année en Institut de formation en soins infirmiers et le quota fixé au niveau national. Cet écart est plus ou moins marqué selon les régions. Le rapport¹⁰ met en évidence un enregistrement des plus forts déficits en Ile de France, les Pays de la Loire, la Picardie et les Hauts de France. Ce sont aussi des régions qui présentent une densité d'infirmiers plus faible.

La mise en œuvre de Parcoursup peut faire espérer un renforcement pour l'attractivité du métier infirmier. Un million et demi de vœux ont été émis pour le diplôme d'infirmier. Les 30 920 places¹¹ réparties dans les différentes régions de France et des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) pour une entrée en première année de formation en soins

⁸ Annexe I : Évolution du nombre d'étudiants à admettre en IFSI

⁹ Annexe II : Tableau des inscrits – Données DREES 2016

¹⁰ Rapport de Mai 2018 -Numéro 1062- <http://www.date.drees.sante.gouv.fr>

¹¹ Arrêté de la ministre des solidarités et de la santé en date du 18 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments de quotas <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038395288>

infirmiers en IFSI semblent cette année « *valoir de l'or* »¹². Depuis 2019, le concours infirmier est supprimé et la sélection se fait sur Parcoursup. Mis en place le 15 janvier 2018 par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation dans le cadre de la loi orientation et réussite des étudiants (loi ORE)¹³, Parcoursup est la plateforme nationale d'admission en première année de l'enseignement supérieur. L'ensemble des 323 IFSI sont accessibles via Parcoursup. La plateforme permet de recueillir et gérer les vœux d'affectation des futurs étudiants. Les IFSI, regroupés à partir d'un même territoire, examinent les dossiers et les classent sur la base des « attendus ». Les étudiants reçoivent alors les propositions pour l'ensemble des vœux et des sous-vœux qu'ils ont formulés et se prononcent définitivement. Le nombre de demandes est donc particulièrement important, ce qui peut être une perspective encourageante pour la profession .

1.1.3 L'allongement de la carrière des infirmiers

Un autre facteur important à prendre en considération est l'allongement des carrières. En 2010, la réforme des retraites¹⁴ a reculé de deux ans l'âge légal de la retraite. La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites est surtout connue pour ses deux « mesures d'âge » : l'âge légal de départ à la retraite a été relevé de 60 à 62 ans; l'âge permettant de bénéficier du taux plein a été relevé de 65 à 67 ans.

De ce fait, l'âge moyen est resté stable autour de 41 ans. Entre 2006 et 2014, la progression des effectifs s'effectue à la fois en début de carrière et en fin. La part des infirmiers de moins de 30 ans progressent de 20 à 21%, celle des 50 ans ou plus progressent de 22% à 27%. La hausse du nombre de cessations d'activités entre 2015 et 2022 s'explique notamment par une modification de l'échelonnement des départs. A partir de 2033, la hausse du nombre de sorties s'explique par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations admises en études d'infirmier dans les années 2000, dans une période de forte augmentation des quotas.

L'âge moyen des infirmiers de 40,6 ans en 2014 augmenterait de 42,7 ans en 2040. Les raisons sont l'arrivée des générations issues des quotas élevés à partir des années 2000. La part des 55 ans ou plus augmenterait : 14% en 2014 à 18% en 2040. Alors, que la part des moins de 30 ans baisserait de 21% en 2014 à 15% en 2040.

1.1.4 L'activité hospitalière : un mode d'exercice en baisse

Dans l'ensemble, le rapport de la DREES¹⁵ met en évidence qu'au cours de leur carrière, les infirmiers changent peu de mode d'exercice (public, privé, libéral). S'ils changent, cela se fait plutôt en début de carrière : 5,6% des 25-29 ans changent de mode d'exercice contre

¹² Verbatim de la FNESI sur www.infirmiers.com

¹³ Loi N°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants

¹⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

¹⁵ Rapport de Mai 2018 -Numéro 1062- <http://www.date.drees.sante.gouv.fr>

1% des 50-54 ans. Pour les salariés hospitaliers du public, 2,5% changent de mode d'exercice entre deux années consécutives. Les salariés non hospitaliers, travaillant dans un établissement pour personnes âgées, sont 4,9% à changer de mode d'exercice.

De plus, les changements de mode d'exercice sont souvent accompagnés de changements de région. 21% des infirmiers qui ont changé de mode d'exercice entre 2013 et 2016 ont changé de région, notamment chez les jeunes. Cela représente 3,2% des 20-24 ans contre 0,4% des 50-54 ans. C'est en provenance des départements d'outre-mer et d'Ile-de-France que les migrations sont les plus fréquentes.

La part des infirmiers est de 507 338 en 2009 et ne cesse de progresser pour atteindre 700 988 en 2018. Les infirmiers continuent à exercer massivement à l'hôpital public : 65,17% soit un nombre de 456 830. Toutefois, en croisant les données¹⁶ du rapport de la DREES, on s'aperçoit que la part des salariés hospitaliers tend à baisser depuis 2009 passant de 70,71% à 65,17% en 2018. Sur cette même période, la part des libéraux ou mixtes passe de 15,15% à 17,66% et celle des autres salariés passe de 14,14% à 17,17%.

	Infirmiers 2009->2018
France entière	193 650
Libéraux ou mixte	2,51%
Salariés hospitaliers	-5,54%
Autres salariés	3,03%

(Tableau récapitulatif des données statistiques)

Comme nous l'avons souligné, différents modes d'exercice¹⁷ existent dans la profession d'infirmier.

1.1.5 Un besoin de professionnels face à l'augmentation de la demande de soins

Le modèle de projection de la DREES¹⁸ estime le nombre d'infirmiers en activité en 2040. Le rythme d'évolution des professionnels augmenterait de 53% entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers en 2040. La population augmenterait moins rapidement (+10% selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)). Pourtant les personnes âgées, dont la proportion au sein de la population va augmenter, seront les plus grands consommateurs de soins infirmiers. Un indicateur de densité « standardisée » a été retenu pour mettre en regard l'évolution des effectifs infirmiers avec celle des besoins de soins infirmiers. Il s'agit de définir le nombre d'infirmiers rapporté à une population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation en soins infirmiers. Cette densité se stabiliserait de 2021 à 2027 autour de 910 infirmiers pour 100 000 habitants.

¹⁶ Annexe III : Statistiques des professionnels paramédicaux

¹⁷ Annexe IV : Les différents modes d'exercice infirmier

¹⁸ Rapport de Mai 2018 -Numéro 1062- <http://www.date.drees.sante.gouv.fr>

1.1.6 Les perspectives d'emploi

Selon un rapport CAS-DARES¹⁹ de mars 2012, le métier d'infirmier sera en troisième place en terme de création nette d'emploi entre 2010 et 2020. Les infirmiers seraient entre 2010 et 2020 en 6^{ème} position pour le nombre de postes à pourvoir. A noter toutefois que figure dans ce rapport un passage qui confirme l'impact de la gestion financière des établissements de santé sur l'emploi infirmier. Ainsi il est écrit que « *dans un contexte de maîtrise des dépenses, les hôpitaux et les maisons de retraite privilégient le recrutement d'aides-soignants à celui d'infirmiers* ».

D'autre part, le dossier de la FNEI de 2013²⁰ mentionne que « *si les créations de postes ne restent que théoriques, devant les regroupements ou les fermetures de services, devant les équipes toujours en effectif minimum et l'incapacité des établissements à embaucher, les étudiants viendront gonfler les rangs des infirmiers qui souffrent d'emploi précaire* ». Il manque des infirmiers sur le marché du travail. Or l'embauche recule. Il y a un manque d'infirmiers dans certaines régions, mais celles-ci n'embauchent pas : à cause de la situation financière des établissements de santé dont découle la politique de ressources humaines, qui tend à demander toujours plus de charge de travail aux infirmiers.

1.1.7 Une répartition inégale d'infirmiers sur le territoire

On peut noter une inégale répartition sur le territoire. Entre deux régions, les densités peuvent être multipliées par 1,7. En 2014, sur le territoire, les infirmiers sont inégalement répartis. Les régions du Sud, notamment les anciennes régions (Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon) mais aussi la Bretagne et l'Auvergne, ont des densités supérieures de 10% à 20% à la moyenne nationale. Les 10 % des régions les mieux dotées ont une densité en infirmiers 1,3 fois supérieure à celle des 10 % des régions les moins dotées. La densité d'infirmiers augmenterait dans l'ensemble des régions mais à des rythmes variables. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et Hauts de France connaîtraient les plus fortes croissances entre 2014 et 2040 (supérieur de 20 % à la croissance nationale).

En 2040, selon le scénario tendanciel, les disparités de densité seraient modifiées. La forte augmentation de la population dans les régions Languedoc-Roussillon, Corse et Bretagne retrouveraient des densités proches de la moyenne nationale (17% dans chacune des régions contre 9% au niveau national). Les régions des Hauts de France et Lorraine atteindraient des densités supérieures de 10 à 20% à la moyenne nationale. A l'inverse, les

¹⁹ <https://dares.travail-emploi.gouv.fr>

CAS : Centre d'Analyse Stratégique. DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

Annexe V : Comparatif création d'emplois et postes à pourvoir – Rapport CAS-DARES de 2012

²⁰ https://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/1/5/74315-130218-edl-formation-en-soins-infirmiers-original.pdf

régions Ile de France, Haute-Normandie, Poitou-Charentes et Pays de la Loire auraient des densités de 10 à 20 inférieures à la moyenne.

Dans ce contexte, les différents chiffres évoqués dans les différentes parties ci-dessus, nous amènent à émettre le constat d'une pénurie d'infirmiers, engendrant de réelles difficultés de recrutement pour les établissements de santé. D'un point de vue quantitatif d'abord, mais aussi d'un point de vue de la répartition au sein du territoire.

1.2 Un contexte en mutation

Après avoir identifié les données et les perspectives démographiques, nous avons choisi au travers de ce travail de situer l'exercice de la profession infirmier dans le contexte hospitalier en mutation. Nous tenterons au travers de cette partie d'identifier les besoins et l'offre de santé et de situer les évolutions qui réforment l'organisation hospitalière.

1.2.1 Le contexte hospitalier en mutation

L'évolution des besoins avec les indicateurs de santé, les nouvelles problématiques de santé et l'exigence des patients implique l'évolution de l'offre de santé pour y répondre. Celle-ci nécessite une coordination indispensable entre les professionnels de santé, une évolution considérable des techniques. La succession des réformes hospitalières tente de moderniser notre système de santé.

A) L'évolution des besoins

▪ Les indicateurs de santé

Selon les indicateurs de morbidité et de mortalité, la population en France est relativement en bonne santé. Depuis une vingtaine d'années, les gouvernements s'efforcent de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation auprès de la population concernant les conduites à risques. Pour exemple, nous pouvons citer : « *boire ou conduire, il faut choisir* » ou encore « *bougez et mangez cinq fruits et légumes par jour* ». Pourtant, paradoxalement, en parallèle, les maladies liées à des facteurs de risques ne cessent de se développer : maladies liées à l'alcool, au tabac, maladies liées aux comportements à risques, obésité liée à une mauvaise hygiène alimentaire... Les indicateurs de santé montrent que les pathologies évoluent vers des pathologies davantage à typicité chronique ou plurifactoriel. Notre société est frappée par l'augmentation de la prise en charge des pathologies telles que le cancer, le diabète, les maladies psychiques ou comportementales. Ceci exige donc une réorganisation des soins et une évolution des pratiques. Les infirmiers auront donc davantage à repérer les problèmes de santé de la population et à développer des capacités en prévention : information et d'éducation des personnes.

▪ De nouvelles problématiques de santé

Dans la plupart des pays développés, le vieillissement de la population est inéluctable. Le nombre de personnes âgées augmente du fait de l'allongement de la durée de vie. Les

problèmes de santé liés à l'âge se développent aujourd'hui du fait de la prise en charge améliorée dans les services de soins. La dépendance des personnes âgées nécessitant des soins lourds est en réelle augmentation. Le plan Alzheimer mis en œuvre par le gouvernement actuel illustre l'impératif de développement de la prise en charge des personnes âgées. L'augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques contraint les professionnels de santé à adapter les soins à la prise en charge de ces personnes.

- **Une nouvelle exigence des patients**

Les patients se trouvent être plus exigeants vis-à-vis du système de santé. Les usagers s'informent davantage et souhaitent désormais identifier où se trouve la meilleure offre de soins. Les classements des établissements facilitent la prise de position et de décision des patients. Ces derniers sont devenus de plus en plus sensibles aux prestations dispensées dans les structures de soins : l'accueil, la restauration, l'hébergement... Les usagers n'hésitent pas à réaliser des comparaisons sur la qualité de l'offre des établissements. Entre les demandeurs de soins et ceux chargés de les offrir, il existe de plus en plus un rapport de consommation. Le patient est en quelque sorte un bénéficiaire qui attend une prestation de soin correspondant à sa demande.

B) L'évolution de l'offre de soins

- **Une coordination indispensable entre les professionnels de santé**

La prise en charge des patients nécessite une réelle coordination dans les soins et entre les différents lieux de soins. Il devient nécessaire de mettre en relation les réseaux de soins pour assurer une coopération et produire ainsi une offre de soin cohérente. Le parcours patient santé devient inéluctable. Les établissements opèrent des fusions de leurs domaines d'activité et mutualisent les moyens pour une réorganisation régionale ou par territoire de santé avec l'organisation et la répartition au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La liaison entre les différents secteurs se renforce de plus en plus pour mutualiser les moyens et garantir une prise en soins de qualité pour le patient. Le GHT s'inscrit dans cette vision du parcours santé patient (« *le bon patient, au bon moment, au bon endroit* »)

Néanmoins, il reste encore beaucoup à construire. La gestion des flux des patients et la recherche des places disponibles dans les secteurs adaptés aux pathologies restent un problème à résoudre. Or, la cohérence dans les prises en soins et le suivi des prises en charge reste incontournable et indispensable. Les prises en charge sont parfois difficiles du fait du manque de lits, de structures ou encore même de professionnels dans certaines régions. La coordination des soins entre les professionnels permettant un retour et un maintien à domicile est primordiale afin d'assurer la cohérence du suivi du patient. A cet égard, les infirmiers sont au cœur de cette coopération et de cette chaîne de soins.

- **L'évolution considérable des techniques**

En parallèle, les professionnels de santé doivent faire preuve de grandes capacités d'adaptation face aux différentes situations de soins. Les services dits « techniques » demandent des compétences importantes. L'infirmier tend alors à se spécialiser dans un domaine de soins spécifiques. Les progrès techniques actuels demandent de nouvelles compétences techniques et gestuelles. L'infirmier doit pouvoir s'adapter à un environnement non stable et doit développer des capacités d'adaptation aux situations de soins. C'est pourquoi, entre autre, la compétence de décision, d'adaptabilité et d'autonomie professionnelle doivent être développées au cours de la formation des futurs professionnels pour répondre à cette évolution du monde hospitalier et sa réorganisation.

- **Les réformes hospitalières**

Nous avons volontairement, au préalable, abordé cette notion de « consumérisme » en identifiant les rapports entre les soignants et les usagers. Les soignants sont aujourd'hui confrontés à la contrainte économique, ce qui amène parfois une contradiction dans l'éthique de la profession. Ils doivent davantage contrôler l'efficacité dans les activités c'est-à-dire établir un lien entre les moyens utilisés et les résultats.

La succession des lois portant sur la réforme hospitalière a pour objectif de simplifier l'organisation interne de l'hôpital afin de recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés en vue d'optimiser les prises en soins. Le système de santé français connaît de nombreuses évolutions depuis 1991 notamment, ce qui ne facilite pas l'appropriation de celles-ci par les acteurs. La loi de réforme de 1991²¹ débute la responsabilisation des acteurs avec une liberté d'action, en contrepartie la mission de service public et la maîtrise des coûts sont renforcées. Les ordonnances Juppé de 1996²² portant réforme de l'hospitalisation publique et privée vont notamment créer les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), développer la contractualisation et débiter la réflexion sur les réseaux de soins.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires²³ favorisait les coopérations entre établissements sans les rendre obligatoires mais la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de janvier 2016²⁴ vient contraindre la participation des établissements à un GHT. Depuis le 1^{er} Juillet 2016, chaque établissement de santé est tenu de s'inscrire dans un GHT et est partie à une convention de GHT (article

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

²² <https://www.legifrance.gouv.fr> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

107 de la LMSS). L'objectif majeur du GHT est la réduction des inégalités d'accès aux soins sur un territoire.

Traduisant une partie des mesures du plan "Ma santé 2022", la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé²⁵ vise à une meilleure organisation des professionnels de santé, pour remettre les patients au centre du système et garantir l'accès aux soins partout sur le territoire, avec en toile de fond la lutte contre les déserts médicaux. Ce projet de loi veut répondre à trois enjeux majeurs : améliorer la qualité des services publics, offrir un environnement de travail modernisé aux fonctionnaires et maîtriser les dépenses publiques en optimisant les moyens. Cinq axes²⁶ ont ainsi été identifiés.

Le texte s'attache aussi à développer un collectif de soins, entre professionnels, et secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier, et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires. Il encourage le développement de projets de santé de territoire.

De plus, la volonté des pouvoirs publics est de « *construire une fonction publique plus agile, plus ouverte et plus attractive dans une recherche d'efficacité pour le 21^{ème} siècle* »²⁷. La loi de transformation de la fonction publique vise à moderniser le statut et les conditions de travail des fonctionnaires. Elle vient questionner leur statut créé il y a près de 80 ans, remettant en cause ce qui pouvait offrir des garanties. Elle met face à des choix : attractivité et souplesse face aux garanties d'une évolution de carrière souhaitée.

1.2.2 L'exercice de la profession dans un contexte en mutation

Plus que jamais, il est demandé aux organisations hospitalières, donc aux personnels de santé, de s'adapter de façon optimale aux préoccupations institutionnelles, sanitaires et économiques. Afin de répondre aux enjeux de transformation de notre système de santé, l'exercice de la profession requiert de développer de nouvelles compétences.

A) Quel impact sur les nouvelles compétences requises pour les infirmiers ?

Les enjeux de société sont forts et se manifestent par une demande de soins croissante, une volonté d'assurer la maîtrise des dépenses médicalisées pour garantir les grands équilibres économiques et enfin une consommation médicale qui croît plus vite que le Produit Intérieur Brut (PIB), un constat inéluctable chaque année. A ce jour, il existe une demande de soins de plus en plus forte ce qui génère des coûts, et en même temps une volonté des pouvoirs publics d'organiser et contrôler l'offre de soins. Afin de pérenniser

²⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr> Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²⁶ Annexe VI : Synthèse de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²⁷ La loi de transformation de la fonction publique a été promulguée le 6 août 2019. Elle a été publiée au Journal officiel du 7 août 2019.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038889182&dateTexte=&categorieLien=id>

notre système de santé actuel, il est devenu utile de tenir compte de cette contrainte économique et donc de concilier la mesure des moyens, des activités de soins et des résultats attendus.

Notre réflexion s'inscrit dans un contexte où le professionnel de santé doit faire converger d'une part, les préoccupations relatives à la qualité des soins et à l'efficacité se traduisant par une opérationnalité efficiente dans les prises en charge des patients et d'autre part, celles relatives au contrôle des coûts. Dès lors, l'objectif de la formation des futurs professionnels se traduit par le développement des compétences.

B) Quelles compétences requises pour l'exercice infirmier ?

Compte tenu des enjeux de qualité des soins, la finalité²⁸ du diplôme est affirmée : « *Demain, des infirmiers en capacité d'agir, mobilisant les compétences attendues dans des situations professionnelles nouvelles. Les étudiants infirmiers devront travailler sur le cœur de métier de la profession tout en introduisant les contraintes du contexte* ».

Le référentiel 2009²⁹ a été conçu en partie pour suivre l'évolution du monde hospitalier et faire face aux situations complexes. L'acquisition de ressources diverses doivent permettre au professionnel d'agir et de répondre avec pertinence à quelque situation de soin que ce soit. Guy Le Boterf³⁰ affirme : « *On reconnaîtra qu'une personne sait agir avec compétence si elle : sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines modalités d'exercice afin de produire des résultats, satisfaisant à certains critères de performance pour un client ou un destinataire* ».

D'après Philippe ZARIFIAN³¹ : « *La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur les situations professionnelles auxquelles il est confronté...La compétence est une intelligence pratique des situations...La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations.* »

Dans ce sens, la réforme en soins infirmiers doit permettre à l'étudiant de développer ses ressources afin de pouvoir agir avec compétence en situation professionnelle.

1.2.3 De l'étudiant ... au professionnel infirmier novice

Depuis une décennie, de nombreux bouleversements opèrent au sein de nos professions médicales et sociales et notamment pour les infirmiers (création de l'Ordre infirmier³², transfert de compétences). La formation initiale afin de devenir infirmier se base sur une

²⁸ COUDRAY MA., GAY C., 2009, *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études Infirmières*, Paris, Elsevier-Masson, p.10.

²⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier.

³⁰ LE BOTERF G., 2005, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation, p.46.

³¹ ZARIFIAN P., 2004, *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons.

³² L'Ordre infirmier a été créé en France à la suite de l'adoption d'une loi le 14 décembre 2006, qui sera promulguée sous le numéro n°2006-1668 le 21 décembre 2006.

formation en alternance. C'est pourquoi, la collaboration des différents acteurs impliqués dans le processus de professionnalisation est importante. Dans cette partie, il nous paraît intéressant de définir la formation en alternance pour comprendre les enjeux de la professionnalisation et en quoi cela peut amener à une projection sur l'attractivité et la fidélisation d'un établissement de santé.

La formation en alternance vise donc à l'acquisition de connaissances théoriques, de savoirs pratiques en vue de développer les compétences de l'exercice d'un futur métier. La compétence acquise ne se résume pas à la possession des connaissances et des savoirs faire par l'étudiant, mais correspond bien à sa capacité à les mobiliser à bon escient. D'après Guy LE BOTERF³³ : « *Le professionnalisme se construit au carrefour de trois champs.* » Il met en évidence que le professionnalisme ne peut se construire que lorsqu'il y a la rencontre de trois entités distinctes : le sujet, les situations professionnelles et la formation professionnelle³⁴. En France, Léonie CHAPTAL³⁵ fait reconnaître les fondements de la profession infirmière en favorisant la formation des élèves par leurs pairs.

Pour André GEAY³⁶, la formation professionnelle se définit de la façon suivante : « *Dans son sens actuel, le terme désigne la professionnalisation des personnes et renvoie au processus de formation à une profession par transmission des savoirs et compétences, et construction d'une identité professionnelle de référence* ».

Le dispositif de formation en alternance associe les temps passés à l'institut de formation et les temps passés sur les lieux de stage. Pour Philippe PERRENOUD³⁷ : « *L'alternance désigne le va et vient d'un futur professionnel entre deux lieux de formation, d'une part un institut de formation initial, d'autre part, un ou plusieurs lieux de stage* ».

L'alternance doit permettre la confrontation entre les deux lieux de formation, c'est ce qui va constituer le lit d'émergence des compétences utiles à l'exercice infirmier. Il va devoir mettre en relation deux logiques différentes : celle des savoirs et celle du système travail. C'est dans cette confrontation que l'étudiant va devenir compétent.

1.2.4 Collaborer pour professionnaliser

Le parcours de stage de l'étudiant lui permettra de se projeter dans son métier au regard de ce qu'il a vécu pendant sa formation. Un des facteurs d'attractivité d'un établissement peut dépendre de la manière dont l'étudiant a vécu sa formation. En effet, ce qu'il a observé pendant les stages (accueil, intégration, tutorat) va lui permettre d'envisager des perspectives en tant que futur professionnel, va l'inciter à postuler. L'étudiant aura envie de

³³ LE BOTERF G., 2007, *Professionnaliser Le modèle de la navigation professionnelle*, Eyrolles, Editions d'Organisation, page 45.

³⁴ Annexe VII : schéma sur les trois champs du professionnalisme

³⁵ www.fondationleoniechaptal.fr

³⁶ GEAY A., 2000, *L'école de l'alternance*. Paris L'Harmattan, 191 pages.

³⁷ PERRENOUD P., 2001, *Développer La Pratique Réflexive Dans Le Métier D'enseignant-Professionnalisation Et Raison Pédagogique*. ESF Éditeur. Collection Pédagogie.

se faire recruter dans un établissement où il aura été accompagné dans tout son cursus de formation. Le ressenti de stage de l'étudiant est impactant dans son positionnement futur. Lorsque le stage a réuni toutes les conditions (tuteur désigné, accueil, accompagnement...) permettant la professionnalisation et qu'il a été apprenant (bilan régulier, évaluation des compétences), l'étudiant verbalise souvent son envie de postuler dans tel ou tel service par la suite.

Le partenariat, la coopération entre l'établissement de formation et l'établissement de santé sont essentiels pour définir les enjeux de la professionnalisation. Le terme collaborer se définit ici comme l'action de coopérer c'est-à-dire participer à une œuvre commune. Collaborer³⁸ signifie : « *Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune.* »

Pour optimiser la professionnalisation, la relation coopérative implique de partager un projet commun de formation, de définir une stratégie permettant la collaboration des deux interfaces. André GEAY³⁹ insiste sur une mise en cohérence des deux lieux de formation, il décrit une « *didactique de l'alternance* ». La politique de l'établissement et le projet pédagogique doivent donc aller dans ce sens pour permettre une collaboration efficiente en vue de la professionnalisation du futur infirmier. Le DSIF et le DSES en sont les principaux acteurs pour optimiser le dispositif de formation en place et permettre une alternance intégrative réussie.

1.3 Définition des termes

1.3.1 La stratégie

D'un point de vue étymologique, dans la Grèce antique, le stratège⁴⁰ est celui qui conduit l'armée. La notion de « stratégie » est le plus souvent utilisée en démarche marketing. Cela consiste à déterminer les objectifs et les buts d'une organisation, puis à choisir les modes d'actions. En fonction de ces premières étapes, on pourra alors déterminer l'allocation des ressources qui permettront d'atteindre les objectifs et les buts. Elle engage l'ensemble des ressources humaines et techniques que dispose l'établissement. La stratégie détermine le niveau des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis.

Pour définir une stratégie, trois types de questions sont à se poser :

- Que produire ?
- Comment faire ?
- Avec quels moyens ?

La décision stratégique repose sur deux processus. D'une part, la réalisation d'un diagnostic se fait sur l'analyse de l'environnement qui permet d'identifier aussi bien les

³⁸ <https://www.larousse.fr> > dictionnaires > francais > collaborer

³⁹ GEAY A., 2000, *L'école de l'alternance*. Paris L'Harmattan, 191 pages.

⁴⁰ <https://fr.wikipedia.org> >wiki>Stratégie

opportunités que les menaces. D'autre part, un diagnostic qui relève les forces et les faiblesses et qui permet ainsi d'identifier la connaissance des capacités de l'établissement. Ces capacités détermineront les champs d'actions stratégiques possibles en se basant sur les ressources disponibles. Le modèle SWOT⁴¹ est utilisé pour réaliser le diagnostic et permet d'identifier les choix stratégiques et leur mise en œuvre.

Pour être attractif, l'établissement de santé étant par nature confronté à un grand nombre de partenaires, ne peut envisager son rayonnement que par la mise en place d'une stratégie tenant compte de la réalité de l'environnement dans lequel il évolue. L'établissement doit être à même de modifier sa stratégie en fonction de la transformation des organisations et des besoins. Pour le thème de notre sujet, l'hôpital doit se positionner de manière claire et précise sur un certain nombre de facteurs de réussite afin de pouvoir attirer et fidéliser les professionnels de santé. Ce développement repose sur l'analyse stratégique (phase en amont de la prise de décision) qui détermine les préconisations et actions mises en place. Enfin, pour être compétitif et fidéliser, la démarche stratégique doit définir les modes d'action à mettre en œuvre pour réaliser cet objectif, une offre, une union cohérente de l'activité de l'établissement et définir les modalités pratiques permettant une utilisation optimiste des ressources engagées par l'établissement pour y parvenir. Les composantes de la réflexion stratégique⁴² à l'hôpital permettent d'identifier les activités, l'organisation et les ressources d'aujourd'hui pour demain. M. LOUAZEL⁴³ explique que la démarche de réflexion stratégique est structurée autour de trois temps : le diagnostic, les choix et le déploiement. *« Si la stratégie est un processus collectif, les choix de méthode de management de projet sont ici primordiaux (...). L'alignement stratégique évoqué en première partie concerne non seulement la manière dont sont déclinées les orientations stratégiques jusqu'aux actions opérationnelles, mais également la manière dont sont associées les différentes parties prenantes au processus d'élaboration qui se nourrit aussi des projets portés par les différentes unités fonctionnelles (...) Aussi, si la stratégie initie les changements dans les organisations, le management doit permettre de les accompagner. »*⁴⁴

Le DS doit, nous semble-t-il savoir répondre à ces enjeux essentiels stratégiques dans un contexte organisationnel et managérial à réinventer peut-être. Le référentiel métier⁴⁵ du DS cible les compétences et les connaissances attendues d'un DS en établissement : *« Savoir analyser l'environnement et les systèmes d'acteurs (acteurs de santé, épidémiologie et*

⁴¹ SWOT: Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats (forces, faiblesses, opportunités, menaces)

⁴² LOUAZEL M., 2018, « *Le pilotage stratégique des établissements de santé* », in LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER R., et al. *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, p.81, Presses de l'EHESP, Edition Broché.

⁴³ Ibid p.81 - 95

⁴⁴ Ibidem p.93

⁴⁵ https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

besoins de la population, réseaux, institutions publiques et privées). Savoir fixer des objectifs dans le cadre des relations contractuelles au sein de l'établissement et d'autres acteurs dans le cadre des conventions de coopération. Savoir traduire les objectifs en plans d'actions. » En s'appuyant sur le référentiel métier, le référentiel de compétences⁴⁶ permet aussi au DS de cibler les compétences (C) attendues pour définir sa stratégie concernant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices. On peut mentionner les compétences telles que l'identification des besoins des ressources disponibles (C3), la contribution à la gestion du développement des compétences des professionnels paramédicaux (C6) ainsi que la contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leurs mises en œuvre (C8).

1.3.2 L'attractivité et la marque employeur

Lorsqu'il convient de définir le terme attractivité, la définition est la suivante : « *qualité de ce qui est attractif, de ce qui exerce une attraction, pouvoir d'attraction.* »⁴⁷

L'attractivité peut se définir comme la capacité d'un établissement à attirer des ressources spécifiques de l'extérieur. Le concept de « marque employeur » est le plus souvent vu sous l'angle de la communication de recrutement, mais il peut également parfois être élargi à la politique « produit ». Dans ce cas, il s'agit de concevoir une offre d'emplois et des conditions de travail pouvant répondre aux attentes des candidats potentiels. La « marque employeur » vise à promouvoir l'attractivité en recrutant les meilleurs candidats. L'objectif est de développer leurs talents et ainsi les fidéliser. La marque employeur est un terme utilisé généralement pour désigner l'ensemble des problématiques d'image d'une marque à l'égard de la cible des employés ou salariés potentiels. La gestion de la marque employeur est une problématique des services de gestion des ressources humaines et de la communication. L'objectif est de rendre la marque séduisante en tant qu'employeur potentiel, mais aussi parfois de défendre l'image de métiers mal perçus ou mal connus.

Ambler et Barrow⁴⁸ (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.* ».

L'image que l'établissement dévoile via son site ou ses différents réseaux sociaux doit être en adéquation avec le ressenti des collaborateurs. Aujourd'hui, il est important de savoir si l'entreprise souhaite faire de sa marque employeur un enjeu prioritaire et se préoccuper de

⁴⁶ <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

⁴⁷ <https://www.larousse.fr>

⁴⁸ CHARBONNIER-VOIRIN A., VIGNOLLES A., 2015/1, *Marque employeur interne et externe. Un état de l'art et un agenda de recherche*, Revue française de gestion (N° 246), pp 63-82.

son rayonnement en interne comme en externe. Cela impose la mise en œuvre des stratégies de la communication. La communication permet de faire connaître et valoriser les activités et la performance de l'établissement, de défendre les parts de marché et d'en conquérir.

1.3.3 La fidélisation

Le mot fidélisation tient aussi son origine dans une démarche marketing prioritaire. Une stratégie de fidélisation découle d'une réflexion approfondie sur les éléments de différenciation que pourrait avoir un établissement et qu'il pourrait mettre en avant afin d'apparaître aux yeux des acteurs comme étant véritablement différente de ses concurrents. La fidélisation des ressources humaines est une nécessité imposée par l'incertitude de l'environnement de l'entreprise. A cet égard Perreti⁴⁹ souligne que les meilleures pratiques RH favorisant la fidélisation doivent répondre à cinq logiques :

- *« la personnalisation : système de GRH personnalisé (rémunération, gestion des carrières, formation et évaluation)*
- *l'adaptation : afin d'assurer la fidélisation et répondre aux nouvelles exigences des ressources humaines*
- *la mobilisation : elle repose d'une part sur l'implication de la hiérarchie et sa capacité à motiver les collaborateurs et, d'autre part, sur la capacité et sa volonté à déployer son énergie au service de son entreprise.*
- *le partage : la fonction RH s'éclate en devenant une fonction partagée et transversale au sein de l'entreprise.*
- *l'anticipation : permet de favoriser les adaptations aux événements imprévus ».*

En résumé, nous pouvons dire que les concepts d'attractivité, de marque employeur et de fidélisation visent à recruter les meilleurs talents des professionnels via leurs compétences et amènent aujourd'hui les établissements à reconsidérer leur politique pour demain les conserver.

1.4 L'expérience des hôpitaux magnétiques d'Amérique du Nord

Dans cette partie du mémoire, il nous paraît opportun d'aborder le modèle du « *magnet hospital* ». Ce concept est né d'une interrogation⁵⁰ : « *Pourquoi et comment certains établissements, dans un contexte de pénurie de personnels, parviennent-ils à attirer et à fidéliser leurs personnels infirmiers ?* »

⁴⁹ <https://www.rhinfo.com> Jean-Marie PERRETI est professeur et chercheur en ressources humaines

⁵⁰ COLLIN A., DEMANET Q., ERWANN P., 2015/03 « *Magnet hospital et attractivité hospitalière : Quelle articulation ?* », Gestions Hospitalières, n° 544, pp. 168-173

1.4.1 Définition du magnet hospital

Une étude qualitative américaine⁵¹ montre en 1983 que certains hôpitaux ont moins de difficultés que d'autres concernant le recrutement du personnel infirmier. Des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon de soignants et de directeurs de soins de 41 hôpitaux américains. L'expression Magnet Hospital apparaît pour la première fois dans l'ouvrage intitulé « *Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurse* », publié par l'*American Academy of Nursing*. L'objectif de l'étude est d'identifier les leviers qui font le succès de ces hôpitaux magnétiques pour offrir un modèle aux managers hospitaliers. Le nom d'hôpitaux magnétiques réside dans le fait de recruter et garder plus facilement le personnel. Comme le soulignent Matthieu SIBÉ et David ALIS⁵², les résultats de l'étude permettent d'identifier les forces du magnétisme hospitalier comme « *les caractéristiques organisationnelles et managériales favorables à la fidélisation et l'attractivité des infirmiers* ».

1.4.2 Quel est le modèle ?

On retrouve huit dimensions essentielles⁵³ dans les études évaluatives des hôpitaux magnétiques :

- « *l'autonomie professionnelle* » permettant la capacité d'innovation et la prise d'initiative.
- « *le support fourni* » par l'administration permet la sécurité au travail, l'équipement et le soutien informatif.
- « *une bonne collaboration entre le corps médical et les infirmiers* », une notion de confiance.
- « *la valorisation professionnelle et le leadership infirmier* ». La formation permet de développer les compétences et ainsi la valorisation. De même le leadership de qualité permet au personnel de se sentir respecté. Le leadership est clinique : peu de paliers hiérarchiques.
- « *des relations positives avec les pairs* » : soutien, notion du collectif, travail d'équipe qui font que l'on s'implique, on est motivé et cela crée l'efficacité.
- « *un ratio de personnel adéquat* » : ratio élevé.
- « *un focus client* » : la dimension clinique est essentielle. Il y a un souci concret du client.

⁵¹ MC CLURE ML., POULIN MA., SOVIE MD., WANDELT MA., 1983, *Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American nurses association, Task force on nursing practice in hospitals.*

⁵² COUTANCEAU R. et al., « *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitative* », Psychothérapies, Éditions Dunod.

⁵³ BRUNELLE Y., *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se soigner.* Pratiques et Organisation des soins – Revue CAIRN 2009/1 vol.40 pages 39-48

- « *l'importance de la qualité* ». La recherche d'une meilleure qualité des soins est un attrait pour les professionnels, on cherche à comprendre et à corriger.

Les valeurs identifiées du magnétisme hospitalier sont de trois types. Tout d'abord, on note la bienveillance vis-à-vis des patients et du personnel. L'organisation permet la réalisation de soi et l'agent peut ainsi s'impliquer et s'adapter à l'organisation. Cela conditionne le sens du collectif. En second lieu, l'autonomie professionnelle permet de reconnaître le rôle singulier de chacun et conditionne l'interdisciplinarité et les prises de décisions partagées. Enfin, la coopération entre les différents corps (médical, administratif et soignant) permet une décision partagée et donc le partage du pouvoir pour développer la responsabilisation et la coopération. Le pouvoir est décentralisé et permet cette prise de responsabilités.

Le mode de management principal du magnet hospital est de prioriser le management collectif, de fédérer les professionnels de santé sur une motivation à agir. Il importe que les professionnels dépassent les rivalités entre l'approche médicale du « cure », l'approche soignante du « care » et l'approche administrative.

1.4.3 Les effets attendus du magnet hospital

L'étude⁵⁴ a permis de mettre en évidence des facteurs de réussite mais aussi de faire le lien entre les caractéristiques de l'hôpital magnétique et la qualité des soins. Le schéma⁵⁵ classique de Donabedian⁵⁶ détaille une série d'éléments : la structure, le processus et les résultats. On reste dans l'établissement ou la profession par la satisfaction au travail.

La stabilité du personnel permet de développer un sentiment d'appartenance, une confiance et donc la notion d'équipe permet l'implication individuelle. En effet, si on note des absences du personnel, cela induit sur la qualité en perturbant les relations professionnelles. Pour les patients : on relève des résultats très élevés de santé (moins de mortalité ou complications) dont une satisfaction dans les prises en soins (moins de plaintes de patients). La fluidité des prises en soins favoriserait la réduction des durées de séjour. Le lien est fait entre la satisfaction du personnel et la satisfaction des usagers. Si les usagers sont satisfaits, ils seront plus enclins à suivre leur traitement (compliance), moins enclins au nomadisme (fidélité vis-à-vis de l'établissement).

Les attributs de l'hôpital magnétique conjuguent bien-être, qualité de vie au travail et qualité des prises en soins. En France, les rapports successifs gouvernementaux (E.Couty⁵⁷)

⁵⁴ MC CLURE ML., POULIN MA., SOVIE MD., WANDELT MA.,1983, *Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American nurses association*, Task force on nursing practice in hospitals.

⁵⁵ Annexe VII : Schéma de qualité de Donabedian

⁵⁶ Service de la recherche et de l'analyse. Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire. Québec : ministère de la santé et des services sociaux, Direction Générale du personnel réseau et ministériel ; 2006 (www.msss.gouv.qc.ca)

⁵⁷ <http://www.unafam.org/Rapport-Le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital-d-Edouard-Couty.html>

visent une solution aux préoccupations actuelles et identifient les facteurs clés du magnétisme hospitalier comme les conditions essentielles évoquées ci-dessus.

1.4.4 Quelles pratiques concernant la gestion des ressources humaines ?

Afin de répondre aux enjeux de santé et de sécurité au travail, le concept du magnétisme hospitalier a une perspective basée sur le développement du bien-être au travail au travers des différentes organisations. L'hôpital magnétique renforce l'idée que le management permet de fédérer les individus autour de situations de travail qui permettent la réalisation de soi. Le travail est source de plaisir pour l'individu et permet ainsi le sens de l'innovation, de l'implication et le développement des compétences.

Comme le soulignent Matthieu SIBÉ et David ALIS⁵⁸ : « *En résumé, la démarche du magnétisme hospitalier offre l'opportunité aux managers de changer de posture face aux enjeux de la souffrance au travail, en insistant sur la dimension salutaire du travail et des émotions positives qu'il procure.* »

Les auteurs soulignent les perspectives des principaux processus RH :

- une politique de recrutement qui permet des personnels qualifiés en nombre suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins (peu de recours à l'intérim pour développer la confiance interprofessionnelle)
- une politique d'intégration des nouveaux professionnels (mentorat mis en place)
- une politique de formation (séminaires, lien avec la recherche)
- une politique de rémunération qui encourage la reconnaissance pour promouvoir l'innovation et favorise les opportunités d'évolution de carrière
- une politique d'amélioration des conditions de travail qui vise le bien-être (espaces de détente, garderies...)
- une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers permet de reconnaître la notion du collectif et l'importance des échanges interprofessionnels

L'hôpital magnétique pose les préceptes d'un hôpital « exemplaire » en accord avec les valeurs de respect, de bienveillance et de compétence. Dans une démarche d'attractivité et de fidélisation, la notion de qualité de vie au travail est essentielle pour fédérer les professionnels. Les managers doivent accompagner les professionnels et traduire une solution organisationnelle innovante pour favoriser la performance et le bien-être au travail.

⁵⁸ COUTANCEAU R. et al., « *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitative* », Psychothérapies, Éditions Dunod.

1.5 La synthèse de l'approche théorique

L'évolution des besoins et de l'offre de soins nous amène à nous questionner sur le véritable enjeu que représente une stratégie d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices au sein des établissements de santé. Le DS doit savoir répondre à cet enjeu essentiel en déclinant des axes stratégiques dans un contexte organisationnel et managérial à réinventer, à innover. Il faut que l'attractivité soit telle qu'elle amène les meilleurs talents dans l'établissement pour répondre aux défis sanitaires et sociaux actuels et répondre aux enjeux de transformation de notre système de santé. Comprendre et identifier les enjeux de la communication au travers de la « marque employeur » permet de définir une stratégie qui permet d'attirer et de retenir les professionnels. La coopération entre l'établissement de formation et l'établissement de santé dans la mise en œuvre de la formation en alternance est essentielle pour permettre la professionnalisation du futur infirmier.

Attirer, retenir et fidéliser les professionnels infirmiers représente un véritable challenge pour les équipes de direction et se veut être une stratégie qu'il convient de définir et de décliner. La stratégie doit être une réflexion partagée par les différentes directions. Le concept du magnet hospital développé dans les pays de l'Amérique du Nord pose les préceptes d'un hôpital « exemplaire ». L'accueil, l'intégration, la formation, le développement des compétences, le travail en équipe, le sens du collectif, la mise en œuvre de projets, la reconnaissance des professionnels sont autant de facteurs identifiés qui doivent être défendus comme préceptes et valeurs par l'établissement pour développer une stratégie d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices.

2 L'enquête de terrain et l'analyse

Pour répondre et analyser notre problématique, nous avons établi notre recherche à partir d'hypothèses. « Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle est donc une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée. Dès lors, l'hypothèse sera confrontée, dans une étape de la recherche, à des données d'observation. »⁵⁹

Suite à nos investigations bibliographiques, nous pouvons formuler nos hypothèses :

1. Le DS contribue au projet managérial de l'établissement en vue de promouvoir l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices
2. La collaboration du directeur des soins en IFSI et du directeur des soins en gestion est un axe stratégique à développer pour l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices.

Au regard des expériences vécues, des concepts développés et de notre cheminement, nous confirmons la problématique posée. « **Quelle stratégie le DS peut-il mettre en place pour promouvoir l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier novice?** »

« La problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est une manière d'interroger les phénomènes étudiés. Construire sa problématique revient à répondre à la question : comment vais-je aborder ce phénomène ? »⁶⁰

L'objectif de la recherche est de vérifier les hypothèses émises auparavant. Ce travail de recherche va permettre d'obtenir des informations sur la réalité du terrain et d'apporter d'éventuelles pistes de réflexion. Nous pourrons ensuite confronter les informations au cadre conceptuel établi. Il s'agit de la méthode hypothético-déductive.

2.1 Le cadre de l'enquête

Nous nous appuyerons sur l'expérience de nos interlocuteurs au travers d'entretiens multiples pour répondre à notre problématique. L'objectif est de rechercher, au travers et à partir de ces échanges professionnels, des éléments concrets susceptibles de guider notre propre cheminement et notre démarche de réflexion.

Dans cette partie du mémoire, nous détaillerons notre démarche d'investigation, le choix des terrains d'enquête ainsi que l'outil utilisé. Nous expliquerons les limites rencontrées lors de l'enquête. Enfin, nous ferons part de l'intérêt du sujet des personnes interviewées.

⁵⁹ QUIVY R., CAMPENHOUDT LV., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^e édition, Dunod, p.139.

⁶⁰ Ibid p.101.

2.1.1 La démarche d'investigation

Nous avons fait le choix d'opter pour l'entretien semi directif. « *Cette méthode consiste (toujours) à converser librement avec le sujet, au lieu de se borner avec le sujet à des questions fixes et standardisées.* »⁶¹

L'outil d'investigation comporte des questions ouvertes et fermées et permet de laisser une part libre d'expression tout en guidant les échanges vers les thématiques ou question souhaitées, et un questionnement plus affiné. « *Le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de l'interviewé. Mais il ne proposera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé, afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui convient.* »⁶² La base d'une grille d'entretien⁶³ a été réalisée et adaptée à chaque catégorie socio-professionnelle afin d'avoir des informations pertinentes, de permettre une analyse approfondie et de définir des préconisations. Le but de l'entretien annoncé dès le départ a permis d'aborder la problématique. La technique de la reformulation a été utilisée pour approfondir les propos.

Au cours de ces entretiens, nous aurons à cœur de faire nôtre les qualités définies par Carl Rogers⁶⁴ : l'empathie, l'acceptation, la non directivité et une neutralité de bienveillance. Créer une relation de confiance favorise la spontanéité de l'interviewé.

2.1.2 Le choix des terrains d'enquête

Afin de cerner plus précisément la stratégie de l'établissement sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels infirmiers novices, notre choix s'est porté sur différentes catégories de personnes et sur différents établissements de santé en France. Les choix des établissements ont été : nos lieux de stage pendant la formation à l'EHESP, notre lieu d'exercice antérieur et deux CHU qui portaient une politique d'attractivité reconnue.

Nous avons donc réalisé 16 entretiens :

- cinq entretiens auprès de directeurs des soins en gestion
- deux auprès de directeurs des soins en IFSI
- trois entretiens auprès d'étudiants infirmiers
- deux auprès de cadres supérieurs de santé chargés de mission sur la thématique
- deux entretiens auprès d'un DRH
- deux auprès d'infirmiers.

⁶¹ PIAGET J., 1947, *La psychologie de l'intelligence*, Paris, Armand Colin, p.7.

⁶² QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Dunod, 253 pages.

⁶³ Annexe VIII et IX: grilles d'entretien

⁶⁴ ROGERS C., 2018, *Le développement de la personne*, 2^{ème} édition, Broché, 270 pages.

2.1.3 Les limites de l'enquête

Les limites essentielles sont liées à la taille restreinte de l'échantillon des personnes interviewées. Une démarche vers d'autres établissements et un plus grand nombre d'entretiens complèteraient la recherche pour approfondir les recommandations. Ce travail reste une première approche qualitative. L'étude élaborée dans le cadre de ce travail professionnel, n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle ne peut pas être assimilée à un travail de recherche mais seulement aux prémices. Les données qualitatives dont les interprétations sont en lien avec les terrains investigués ne peuvent être généralisés en l'état. Suite aux différents entretiens menés, les propos ont certes, étaient retranscrits dans leur intégralité. Toutefois, il demeure parfois une part de subjectivité.

2.1.4 Le niveau d'intérêt pour le sujet

L'objectif de conduire les 16 entretiens envisagés a pu être atteint et chacun d'entre eux s'est déroulé dans de bonnes conditions. Les échanges nous ont permis de confronter nos points de vue et d'aborder des questionnements au bénéfice d'une démarche méthodologique pour une nécessaire mise à distance de nos pratiques pour les faire évoluer et pour dégager des orientations générales. D'un point de vue général, les personnes rencontrées ont manifesté de l'intérêt pour le sujet et se sont montrés enthousiastes à l'idée d'évoquer leur point de vue sur le thème.

2.1.5 Présentation de la grille d'entretien

Après avoir brièvement expliqué le contexte de l'étude, il nous a paru intéressant d'abord de questionner la personne sur son parcours professionnel, pour la situer et comprendre ses fonctions. Ensuite, le travail d'enquête s'est attaché à recueillir des informations sur les données descriptives et qualitatives utiles à la compréhension du thème, de recueillir des informations sur les opinions de l'interviewé, prendre en compte les motivations sur les opinions exprimées et d'explorer des avis et des pistes de travail pour faire émerger des propositions, recommandations ou préconisations.

Plusieurs thèmes ont été abordés lors de l'entretien.

- la définition du terme « attractivité » d'un établissement de santé
- les attentes des différents professionnels quant à cette notion d'attractivité au sein d'un établissement
- les facteurs, les moyens d'attractivité mis en œuvre au sein de l'établissement et les pistes à envisager
- leurs représentations et la réflexion sur la collaboration qui existe entre les différentes directions sur ce thème d'attractivité

2.2 La méthodologie de l'analyse de contenu

Il convient de définir dans un premier temps en quoi consiste l'analyse de contenu, pour ensuite décrire comment celle-ci a été exploitée et explicitée.

2.2.1 En quoi ça consiste ?

L'analyse de contenu consiste à classer les informations recueillies lors des entretiens de manière quantitative et qualitative. Malheureusement, « *L'entretien ne parle pas de lui-même.* »⁶⁵ L'analyse a pour objectif et finalité de faire ressortir le recueil d'informations au cours des entretiens réalisés auprès des professionnels et de faire émerger les concepts développés du cadre conceptuel. Il faut donc analyser les propos des personnes et détailler le contenu des discours. Pour R. MUCCHIELLI⁶⁶, l'analyse de contenu est une méthode qui vise à « *dépasser le contenu manifeste explicite et, à atteindre pour ainsi dire, un sens implicite, non immédiatement donné à la lecture.* » Selon l'auteur, certaines conditions doivent être respectées pour parvenir à optimiser l'analyse : l'objectivité, l'exhaustivité, l'exclusivité et la pertinence.

2.2.2 De la théorie à la pratique

Il nous semble important de vous exposer notre méthode de travail qui nous a permis de procéder à l'analyse descriptive. Dans un premier temps, nous avons réalisé la retranscription des entretiens réalisés. Puis nous avons effectué plusieurs lectures pour chaque entretien afin de nous approprier le contenu et dégager les idées. Dans un troisième temps, nous avons effectué l'analyse des mots utilisés et ce de façon linéaire. Par la suite, nous avons tenté de regrouper les mots qui traitaient du même thème afin d'émaner les différentes idées émises, nous pouvons imaginer notre façon de procéder à un entonnoir. Enfin, nous avons effectué une synthèse des notions principales relevées par catégorie professionnelle.

2.3 Les résultats de notre recherche et l'analyse

L'objectif de cette étape est la mise en évidence des données de façon significative qui nous permettra par la suite de formuler les préconisations du directeur des soins.

Dans un premier temps, nous identifierons la population d'enquête ainsi que ses caractéristiques pour ensuite développer l'analyse.

⁶⁵ BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Armand Colin 2^{ème} Edition, 128 pages.

⁶⁶ MUCCHIELLI R., 1998, *L'analyse de contenu*, Collection Formation Permanente, Librairie Eyrolles, 10^{ème} édition, 214 pages.

2.3.1 La population d'enquête et les caractéristiques

Les terrains d'enquête	Les fonctions	Les profils
CH A	CGS en établissement hospitalier	DS en 2018 en IFSI 6 mois puis mobilité en gestion
	CGS en institut de formation	DS depuis Janvier 2019 avec 1 ^{er} poste en institut de formation
	Étudiante en soins infirmiers	L3 en formation initiale
	Infirmier	Diplômé en 2014 : IDE en service de chirurgie viscérale pendant 4 ans puis en salle de réveil 1 an. Part en formation IADE en septembre 2019.
CH B	DRH	Formation initiale de DS en 2005 puis DRH depuis 2016
	CGS en établissement hospitalier	CGS depuis 2018
	Étudiante infirmière	L3 en formation professionnelle
CHU A	DRH	Prise de poste de DRH et DAM en 2011.
CHU B	Cadre supérieure de santé (depuis 2012)	Chargée de mission par la direction des soins sur le thème du recrutement depuis Janvier 2019
CHU C	CGS en établissement de santé	Directrice des soins depuis 1993 au CHU C puis CGS en gestion pendant 14 ans - CGS en formation 3 ans - CGS en gestion depuis 2016
	Directrice des soins 1	DS depuis 2000 au CHU C (pas de mobilité de carrière)
	Directrice des soins 2	DS depuis 6 ans - 4 ans au sein d'1 CH et 2 ans au sein du CHU C
	Directrice de l'institut de formation	DS avec prise de poste en institut depuis 2017
	Cadre supérieur de santé en institut de formation	Cadre de santé en services puis en formation - Depuis Avril 2006 : adjoint de direction en institut
	Étudiant en soins infirmiers	L3 en formation initiale
	Infirmière	Diplômée en 2016 : IDE en service de chirurgie viscérale

2.3.2 L'analyse

Nous allons, dans cette partie, vous développer l'analyse des entretiens. Tous les thèmes abordés se regroupent d'où notre difficulté parfois à les séparer. Notre analyse est catégorisée en plusieurs thèmes. En note ethnographique, il semble important de préciser que certains thèmes ont été traités et classés selon chaque catégorie professionnelle, les réponses pouvant diverger.

2.3.2.1 Définition du terme « attractivité » et les attentes des professionnels

La réponse à cette question est exprimée de façon très spontanée par l'ensemble des personnes des différentes structures. Dans un premier temps, nous avons cherché à identifier les mots clés utilisés pour définir le terme « attractivité ». Néanmoins, les professionnels ont regroupé leur définition du terme avec leurs attentes. Nous retrouvons des éléments précédemment cités dans le cadre contextuel concernant l'évolution de l'offre de soins et l'impact sur les compétences requises pour exercer la profession d'infirmier. Les attentes en terme d'attractivité sont diversifiées et peuvent être classées selon les catégories professionnelles selon qu'il s'agit d'une part, des étudiants et des infirmiers et d'autre part, des directeurs des soins, des cadres de santé et des directeurs des ressources humaines. On note des attentes des étudiants et des infirmiers vis-à-vis de l'établissement et à contrario des attentes de l'établissement (cadres, directeurs) vis-à-vis des professionnels infirmiers.

- Les directeurs des soins en formation

L'attractivité se définit comme l'envie de travailler dans un établissement et plus particulièrement ce qui attire le professionnel à y travailler. On retrouve la notion d'intérêt professionnel et personnel (proximité géographique) pour le DS en IFSI du CHU C.

La CGS en IFSI du CH A pense qu'il y a des facteurs extrinsèques et intrinsèques.

Pour les facteurs intrinsèques, elle définit l'attractivité comme des modèles d'organisation à adopter avec une politique de recrutement, d'accompagnement et de formation pour le développement des compétences des professionnels. Pour les facteurs extrinsèques, elle note l'image, la réputation de l'établissement et aussi l'image négative que peuvent donner les médias sur les métiers exercés à l'hôpital.

Lors des entretiens, la notion de promotion professionnelle (pour permettre le développement des compétences) est aussi mentionnée. La formation en soins infirmiers permet d'avoir un socle de connaissances pour être diplômé et prétendre à un poste. Toutefois, permettre au jeune professionnel d'avoir des repères et d'être accompagné semble des éléments essentiels pour les DS. Ils expliquent que la formation permet de répondre aux enjeux du système de santé et que la mobilité au sein des pôles et la polycompétence sont essentiels.

- Les directeurs des soins en milieu hospitalier

Pour le CGS du CH A, l'attractivité c'est attirer. Pour lui, deux éléments sont importants : attirer et retenir. « *Pour attirer les gens, c'est comment on va leur offrir, c'est comme dans un magasin, comment on les attire à la vitrine, qu'est-ce qu'on met à la vitrine ? Pour les retenir après, c'est qu'est-ce qu'on offre pour garder l'agent : quel poste on va proposer,*

quel potentiel de carrière ? » La reconnaissance du travail est aussi un critère important qui permet d'impliquer le professionnel et de le fidéliser.

Pour le CGS du CH B, l'attractivité est avant tout ce que l'on offre aux professionnels comme politique de recrutement et d'accueil.

Pour les 2 DS du CHU C, la notion de donner envie de venir y travailler est primordiale, on fait référence à la plus-value de ce que peut offrir l'établissement par rapport à d'autres en termes de qualité des soins, d'offres de soins au vue du contexte actuel des hôpitaux. On retiendra la diversité des soins comme définition de l'attractivité. De plus, la notion de la qualité de vie au travail en ce qui concerne l'intégration et l'accompagnement est aussi explicitée. L'une des deux DS évoque la notion de qualité de vie professionnelle *« avec la qualité de vie au travail et la montée en compétences, la possibilité de s'enrichir et apprendre des choses, il y a la diversité des secteurs et l'aura de l'établissement sur le territoire »*. Pour la CGS du CHU C, l'attractivité au sein d'un CHU ne doit pas se poser puisque l'offre de soins est très diversifié et que les professionnels doivent être attirés. Elle met en évidence l'importance d'une politique de recrutement active.

- *Les étudiants en soins infirmiers*

Les étudiants, pourtant interrogés sur les différents instituts de formation, s'accordent à définir l'attractivité comme la réputation de l'établissement avec la diversité de l'offre de soins que l'on peut proposer à la prise de poste et qui peut permettre la polyvalence et la polycompétence. Aussi, un étudiant qui a réalisé ses différents stages dans un établissement d'adossé à son institut de formation connaît la réputation du centre hospitalier, son offre de soins. L'étudiante du CHB souligne : *« on a déjà eu des échos de certains services qui sont plus durs que d'autres... la réputation des services, le type d'activités et la spécialité c'est hyper important aussi pour savoir si on va postuler ou pas. »* Le deuxième élément important est l'atmosphère qui peut régner dans les services et l'accueil lors de la prise de poste. L'étudiant du CHU C souligne : *« je pense que si on est guidé, on est doublé ça peut nous mettre en confiance et nous donner envie de rester dans la structure...la réputation aussi sur les conditions de travail, c'est important je pense. Aujourd'hui, on voit beaucoup de stress et d'épuisement professionnel, et ça ça fait peur. Il faut une bonne ambiance de travail dans l'équipe...sinon ça donne pas envie de travailler. »*

- *Les cadres supérieurs de santé*

Le cadre supérieur du CHU C définit l'attractivité comme des possibilités d'évolution de carrière et de formation professionnelle *« identifier ce qu'un établissement peut offrir à un agent »*. Il s'agit pour lui de développer des nouvelles compétences par rapport à la formation. Il mentionne aussi l'état d'une génération qui a évolué. Les jeunes professionnels ne souhaitent parfois pas travailler tout de suite et profiter de leurs vacances estivales pour

se reposer après leur formation. Pour d'autres, la formation est un « *tremplin* » et souhaitent continuer vers un master et s'orienter vers une autre formation.

Pour le CSS du CHU B, il s'agit spécifiquement d'une politique d'établissement visant à valoriser les actions mises en place pour « *attirer* » les candidats à postuler. La notion de stratégie d'établissement est évoquée pour avoir une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels. Elle précise que le parcours de stage permet d'identifier la validation des compétences et de mesurer le projet professionnel du débutant et aussi sa motivation à exercer au sein du CHU.

- Les infirmiers

Pour les infirmiers, l'attractivité relève de l'ordre de ce qui caractérise l'emploi pour pouvoir avancer dans leur projet professionnel et personnel. La notion du statut que l'on peut avoir à l'hôpital est aussi évoqué avec la sécurité de l'emploi. L'infirmière du CHU C explique : « *Laisser la chance aux nouveaux agents de pouvoir évoluer en CDI, stagiairisation, titularisation, échelon...* » L'infirmier du CH A indique : « *Les établissements n'essaient pas de garder leur personnel, les contrats ne sont plus les mêmes. Sur le plan personnel, j'attends un changement de statut après cinq ans, j'aimerais passer stagiaire puis titulaire.* »

Dans un second temps, l'attractivité est de l'ordre de ce qui caractérise la formation, l'évolution des compétences. Pour les infirmiers, l'attractivité se définit comme l'évolution de carrière possible en rendant le soignant acteur dans son service et dans l'hôpital où il exerce par le biais des formations. Être attractif signifie « *ce sont des choses qu'un établissement possède de plus que les autres* ». La diversité des services avec l'offre de soins permet de développer des compétences requises pour l'évolution de la carrière et cette diversité rend un hôpital plus attractif par rapport à un autre. « *J'ai la chance d'avoir pu passer le concours Infirmier Anesthésiste et de partir en formation en Septembre. Ça c'est une vraie chance d'avoir cette formation dans mon établissement.* »

Enfin, la notion de qualité de travail est identifiée pour définir l'attractivité. L'infirmière du CHU C indique : « *L'écoute de la part de la hiérarchie : cadre, cadre supérieur, directeur des soins etc., à l'écoute des souffrances des soignants et des besoins des agents en service sur le terrain.* » L'infirmier du CHU C précise qu'il a postulé dans ce CHU parce que l'environnement est favorable à sa vie professionnelle et personnelle.

- Les DRH

La DRH du CHU A définit le terme : « *capacité à donner envie à des professionnels de venir travailler dans la structure, à s'investir pour les projets et à se projeter dans une carrière.* » Elle précise qu'il faut une clarté dans les propositions faites aux jeunes professionnels pour les attirer et les fidéliser même si parfois cela peut se heurter à la situation budgétaire de

l'établissement. « *Le sujet du temps, les tensions de recrutement diminuent la qualité de la professionnalisation lors de la prise de poste et entraîne des dysfonctionnements plus pérennes (manque de fiabilisation des compétences, mobilité interne).* »

La DRH du CH B pense que l'attractivité se détermine en fonction de la politique que peut offrir l'établissement à l'agent et comment cela est décliné. Elle parle de politique de recrutement sur les contrats que l'on propose, la politique d'aide au personnel, le leadership des encadrants... Elle précise : « *La qualité de vie au travail, c'est la base pour le dialogue social, il faut donc avoir une bonne politique de recrutement. Ici, c'est dommage on n'a pas une vraie politique de tout ce qui concerne la gestion des compétences au fur et à mesure de la carrière....or, c'est essentiel pour le développement des compétences.* »

En résumé, au travers de cette première partie d'analyse, les personnes interviewées s'accordent à définir le terme attractivité comme le fait d'être attiré par la politique de l'établissement en terme de réputation de l'établissement, de politique de recrutement, de diversité d'offre de soins, de qualité de vie professionnelle, de formation et de développement de compétences.

Pour les étudiants et les infirmiers, l'attractivité passe par différents critères tels que la proximité géographique avec le lieu d'habitation, la notion d'autonomie et d'accompagnement octroyés lors de l'intégration des services, la spécificité des activités des différents services et les différentes propositions d'emploi pour pouvoir avancer dans le projet professionnel et personnel, de ce qui caractérise la formation, l'évolution des compétences et enfin la qualité de vie au travail.

Pour les équipes de direction et les cadres, l'attractivité relève de la stratégie à offrir des éléments d'acquisition et de développement des compétences. Ceci par le biais de la formation, par la mobilité interne au sein des pôles ainsi que par une qualité de travail permettant l'accomplissement des activités dans un environnement propice au développement personnel et professionnel.

2.3.2.2 Les facteurs d'attractivité et leur déclinaison au sein des établissements

Dans cette partie d'analyse, les thèmes se recoupent avec la question précédente. Nous avons fait le choix de regrouper les éléments en fonction des leviers et facteurs identifiés par les professionnels.

A) La politique de recrutement : une collaboration DRH- DS essentielle

La collaboration entre les deux directions fonctionnelles permettrait d'adopter une stratégie commune sur le recrutement et de promouvoir l'attractivité de l'établissement. Toutefois, celle-ci n'est pas toujours mise en œuvre ou opérationnelle et demande parfois l'arbitrage du directeur général pour l'identifier comme axe stratégique de la politique d'établissement.

- Les directeurs des soins en formation

Le CGS du CH A démontre que la relation DRH-DS est un levier d'attractivité. Elle affirme : « *ça permet de travailler ensemble sur ce qui est attendu, sur les limites, les contraintes qu'on peut avoir aussi. Je pense qu'il a toute sa place pour collaborer avec le DS puisque c'est lui qui valide les budgets et nous on est là pour la qualité des soins et donc la première étape c'est quels sont les besoins pour la qualité et la sécurité des soins* ». La notion de donner du sens aux décisions prises est essentielle pour définir la politique de la qualité et la sécurité des soins pour le DS.

- Les directeurs des soins en milieu hospitalier

La DS 2 du CHU C explique que la stratégie de recrutement est un axe important sur l'attractivité d'un établissement. « *C'est la direction des soins qui sait les compétences dont elle a besoin mais c'est la DRH qui reçoit les offres, la collaboration est donc indispensable pour formaliser les contrats et le recrutement.* »

La DS 1 du CHU C mentionne qu'il ne peut pas y avoir de politique d'attractivité si le recrutement n'est pas porté par la DRH et la DS. Elle fait état d'un co-portage indispensable pour créer une synergie. Elle cite une expérience au Québec avec l'existence d'une cellule ou un COPIL où il y a un représentant DRH et DS pour faire régulièrement le point sur les besoins et les compétences.

Le CGS du CH A indique que l'affectation relève de la direction des soins. « *Pour moi, la DRH gère les carrières, tout ce qui va être embauche, qui va pouvoir nous donner le feu vert pour recruter ou pas, c'est la DRH qui gère les budgets quand même...l'affectation c'est le champ de compétences du directeur des soins, je me suis opposé à ce que la DRH gère l'affectation.* »

Le CGS du CH B montre que la nécessaire collaboration entre DRH et DS nécessite parfois l'arbitrage du directeur général. « *On a une réunion une fois par mois pour exposer nos problèmes et trouver des solutions, ça a été compliqué mais dieu sait si c'est important de travailler DRH DS ensemble. La DRH est pas convaincue mais le DG commence à l'être donc il fait l'arbitrage. L'attractivité ça se travaille vraiment DRH-DS et ça c'est compliqué.*»

La CGS du CHU C explique que la politique de recrutement est un des facteurs essentiels de l'attractivité au sein d'un CHU. C'est ce qui donne envie de rester si le recrutement se passe dans de bonnes conditions et que l'on propose un poste en adéquation avec le profil du nouveau professionnel. Elle met en avant que la collaboration avec la DRH est essentielle mais la collaboration avec le CGS de l'institut de formation aussi. Il est important de faire des informations auprès des étudiants pour expliquer la procédure de recrutement (envoi des CV, procédure de recrutement...) et leur donner envie de venir travailler au CHU.

- Les cadres supérieurs de santé

La cadre du CHU B explique l'importance d'une cellule en central puis en local au niveau des pôles pour recenser les besoins des postes vacants. Elle expose la mise en place de

la cellule « process recrutement » portée par la direction des soins. La mise en place d'une stratégie de recrutement décidée par la direction générale et portée par la direction des soins, en collaboration avec le DRH, a permis de créer un collectif et de créer une synergie permettant de mettre la bonne ressource au bon endroit. La direction des soins porte cette politique managériale avec les cadres de pôles.

- Les DRH

Les deux DRH relèvent qu'il faut inscrire la politique de recrutement dans un des axes de la stratégie d'établissement, la collaboration/coopération DRH- DS est incontournable pour porter une vision commune vis-à-vis des professionnels de santé. Ils s'accordent à dire que travailler ensemble a du sens mais expliquent que les logiques sont souvent différentes. Les DRH font état des budgets alloués au recrutement alors que les DS revendiquent des postes pour la qualité et la sécurité des soins. La DRH du CH B s'accorde à reconnaître que l'un n'est pas incompatible avec l'autre. La DRH du CHU A explique que la politique de recrutement doit porter sur la clarté des propositions, la réactivité des réponses même si cela s'oppose parfois à la situation budgétaire de l'établissement et au statut à définir. Elle ajoute que la collaboration est importante parce qu'aucune des 2 parties ne peut travailler seule sur le sujet du recrutement. Il est essentiel de porter des messages communs et clairs auprès de l'encadrement sur les attendus en terme d'accompagnement des professionnels.

- Les étudiants et les infirmiers

Les attentes des étudiants et des infirmiers novices envers l'établissement lors du recrutement sont aussi clairement identifiées. Le type de contrat proposé peut être un des facteurs d'attractivité. L'étudiante du CH A précise que ce qu'elle attend d'un établissement c'est d'avoir un emploi qui s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire un contrat pérenne. Elle ajoute : « *une mise en confiance avec le recruteur, la transparence, une description complète du poste, une fluidité dans les démarches administratives, un salaire adapté au poste sont autant d'éléments importants qui font qu'on a envie de postuler ou pas.* »

B) La reconnaissance des professionnels par la perspective d'une évolution professionnelle

La perspective d'une évolution professionnelle permettant de développer des compétences et de se professionnaliser est un élément clé d'attractivité et surtout de fidélisation pour les jeunes infirmiers. Les cadres et les différentes directions mettent en avant ce facteur comme un élément moteur, un levier permettant d'une part le sentiment de reconnaissance et le sentiment d'appartenance à l'établissement.

- Les directeurs des soins en milieu hospitalier

Le CGS du CH A indique que la politique de formation est fondamentale pour l'évolution professionnelle. « *L'attractivité c'est aussi derrière la formation. Comment les faire venir ? Mais pour les faire venir c'est comment les garder et donc c'est les perspectives qu'ils vont*

avoir ?». La notion de GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et compétences) est évoquée par le CGS. Pour lui, cela permet la pérennité des postes et une marge possible de progression dans l'évolution des compétences du professionnel.

Le CGS du CH B souligne : « *C'est un des seuls leviers qu'il nous reste encore, c'est la formation professionnelle. La formation par les pairs est importante, les nouveaux apprennent quelque chose et les anciens sont valorisés parce qu'ils ont transmis* »

Le DS du CHU C précise que l'intérêt de travailler dans un CHU c'est l'offre de soins avec la diversité des services et des techniques de soins et ainsi la possibilité de suivre des formations et développer des compétences en formation professionnelle.

- Les étudiants en soins infirmiers

La possibilité de faire des formations pour développer leurs compétences est importante pour leur permettre de devenir des professionnels expérimentés. Ils s'engagent dans les groupes de travail pour devenir référent par rapport à une thématique de soins par exemple. Ils revendiquent davantage la notion d'accompagnement, de tutorat mis en place à la prise de poste ainsi que la possibilité de développer des compétences par le biais des formations.

- Les cadres supérieurs de santé

La notion de mobilité interne au sein des pôles permet de développer les compétences et de professionnaliser davantage les infirmiers novices. La cadre supérieure du CHU B évoque aussi que les jeunes ont cette envie de mobilité, c'est une génération « zapping » qui souhaite apprendre et découvrir les nouvelles spécificités ou technicités.

- Les infirmiers

Les infirmiers expriment l'importance d'être accompagnés dans leur projet professionnel par leur cadre de santé. Ils sont volontaires pour s'impliquer dans les projets de service, les projets de l'établissement parce que cela donne une visibilité sur leur motivation à faire davantage pour le patient et garantir une prise en soins optimale les guide. L'infirmier du CH A explique que malgré un contrat en CDI, espérant et préférant une titularisation, il se sent reconnu puisqu'il part en formation professionnelle pour un projet d'IADE.

Les infirmiers s'accordent à dire que le salaire et le type de contrat proposé ne permettent pas de reconnaître leurs responsabilités à leur juste valeur. La reconnaissance de leurs compétences par l'encadrement est importante et c'est un des leviers qui motive les professionnels. Les infirmiers se fidélisent à l'établissement dans la mesure où ils ont une évolution de carrière possible avec l'accès à différentes formations.

- Les DRH

Les deux DRH expriment le fait qu'un des leviers reste aujourd'hui la valorisation des professionnels par l'accès aux formations professionnelles. Cela permet de rendre visible le travail réalisé dans les unités de soins au service de l'utilisateur. La formation continue doit s'inscrire aussi dans les perspectives de la GPMC et en ce sens, la collaboration avec le

DS est importante puisqu'il connaît les ressources à utiliser et à mobiliser dans les secteurs de soins.

C) La collaboration du DS en institut de formation et du DS en établissement de santé : une stratégie pour professionnaliser

Les entretiens permettent d'affirmer que la collaboration entre les deux DS est essentielle dans le cursus de professionnalisation de l'étudiant. Toutefois, cela ne va pas de soi. Les stratégies de coopération semblent être à développer, voir à inventer.

▪ Les directeurs des soins en formation

La CGS du CH A indique : « *je n'ai pas souvent rencontré des directeurs d'institut qui collaborent avec des directeurs de soins d'établissement et vice versa. C'est réellement dommage parce que si demain on veut des professionnels ou un profil de professionnels ça nécessite de collaborer en fait, entre les deux.* »

La collaboration entre les deux DS permet d'impulser une dynamique au sein de l'établissement pour les parcours de stage des étudiants et représente un facteur de réussite en terme d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices. Dans ce sens où, comme le souligne la DS du CH A, le fait qu'un IFSI soit adossé à un établissement de santé est un atout. Elle ajoute que la politique d'établissement décidée par le directeur général va favoriser ou non cette collaboration.

▪ Les directeurs des soins en milieu hospitalier

Le CGS du CH A souligne que « *l'IFSI peut apporter beaucoup par leurs cadres pédagogiques à venir former les tuteurs avec des systèmes de gradient de 1-2 jours puis approche plus approfondie...faut des liens de rapprochement. Les ateliers de simulation aussi, on a beaucoup à développer ensemble avec le maintien des compétences au niveau des professionnels, en créant des scénarii et les mannequins haute-fidélité de remettre les gens dans le développement de formation ou formation avec réactualisation.* »

Le CGS du CH B indique que la rencontre des cadres pédagogiques et des cadres de gestion est essentielle pour permettre une collaboration en vue de la professionnalisation de l'étudiant mais aussi en terme d'échanges professionnels. « *Faut pas que l'un l'autre soit déconnecté, je pense que les échanges sont importants. Nous, on essaie de mettre un comité de suivi avec des cadres soignants et des cadres pédagogiques où on repasse en revue le tutorat, toutes les formations...* »

La DS 1 du CH C ajoute qu'il lui semble important d'avoir une politique de collaboration entre la formation et la gestion. « *Aller plus loin, dans le sens que les projets doivent être menés en lien, et de manière en grande proximité avec la direction des soins versus gestion. C'est-à-dire que dès que l'étudiant met un premier pas dans l'institution qu'il comprenne que ces deux structures travaillent ensemble.*» De plus, elle mentionne l'importance de construire le projet pédagogique ensemble pour les enseignements des

étudiants. Le DS 1 du CHU C démontre l'importance de collaborer en vue de créer et de proposer des parcours de stage valorisants qui permettront aux étudiants de découvrir des spécificités de services que peut offrir un CHU.

Le CGS du CH A explique que la collaboration permet aussi de repérer les futures candidatures intéressantes : « *Le repérage dans les stages qui se fait, quand on est hôpital support, les étudiants on les suit sur les trois ans et le parcours on arrive à repérer ceux qu'on voudrait récupérer ou pas. Ce qui est important c'est de négocier, entre CGS formation et CGS gestion, les parcours de soins et les places offertes...la capacité d'accueil qu'il faut, ce qui est important c'est le tutorat, la formation au tutorat...* ».

- Les cadres supérieurs de santé

Le CSS du CHU C déplore le fait qu'il n'y ait pas de réelle collaboration entre le DS en formation et celui en établissement de santé. Il explique que la collaboration pourrait être davantage développée. De ce fait, il démontre que l'implication des professionnels de terrain est importante dans la formation de l'étudiant et que cette volonté doit être portée à un niveau stratégique de la direction des soins. Il insiste sur une collaboration entre les 2 DS concernant la politique d'offre de stage.

La cadre du CHU B explique que le partenariat doit être basé sur une réflexion commune de la fonction tutorat. De plus, elle évoque que la direction des soins doit participer aux forums, aux portes ouvertes au même titre que le DS en institut de formation. Elle rajoute que la politique de stage au niveau de la direction des soins doit être fortement implantée. Le DS doit donner l'axe managérial aux cadres de pôles de définir un parcours d'intégration des jeunes professionnels, de réaliser les fiches de postes détaillées, de déterminer une durée d'accompagnement selon les bilans effectués au fur et à mesure du tutorat mis en place.

- Les étudiants et les infirmiers

Le partenariat IFSI et établissement de santé permet des rencontres entre les différents acteurs de la formation (tuteurs, cadres pédagogiques, maîtres de stage). Les étudiants en soins infirmiers évoquent l'importance d'un encadrement en stage pour se sentir en confiance, oser demander en vue de progresser et de se professionnaliser.

Différents outils (livret d'accueil, missions définies, fiche de poste, protocoles...) sont essentiels pour permettre une bonne intégration et permettre au nouveau collègue de se sentir accueilli et attendu dans le service. Le 1^{er} contact avec le cadre est aussi essentiel car il permet de se projeter dans ce qui est attendu au niveau des compétences et comment l'infirmier sera accompagné dans sa professionnalisation.

- Les DRH

La collaboration est essentielle mais peu développée dans les établissements. La DRH du CHU A, de par son expérience professionnelle dans différentes structures, cite : « *sujet essentiel mais faible dans nos établissements. Nous avons la force de gérer notre propre*

source de recrutement, et pourtant, l'établissement pivot recrute souvent peu dans son IFSI. Le sujet est délicat, il faut être dans une démarche de vrai partenariat sur la politique de stage, c'est structurant pour la démarche. Être dans une démarche active d'amélioration d'accueil des stagiaires. »

D) Le projet de soins : un des axes stratégiques du DS

Un des axes stratégiques managérial du directeur des soins est le projet de soins. Celui-ci est porteur de sens et de valeurs du soin. Il décline les orientations prises dans les organisations du soin. Le projet de soins permet de fixer la ligne managériale du DS.

- Les directeurs des soins en formation

Le projet de soins permet de définir une identité de l'établissement dans sa politique de soins et une cohésion au sein des équipes soignantes. C'est en quelque sorte la carte d'identité de l'établissement et les soignants doivent s'y retrouver. La notion de sens y est retrouvée.

- Les directeurs des soins en milieu hospitalier

Le projet de soins peut être un axe managérial pour le directeur des soins qui permet d'impliquer les professionnels dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de différents projets décidés. Le CGS du CH A précise qu'il est important d'évaluer le projet de soins qui se termine pour pouvoir évaluer ce qui a été abouti ou pas et d'analyser les raisons afin de se projeter sur le nouveau. Le projet de soins permet aux professionnels de fixer les axes importants de la politique des soins. *« Faire participer les jeunes professionnels en commission de soins avec une participation mixte aînés-nouveaux, on a une vision mixte du terrain avec ceux qui ont plus d'expérience que les jeunes mais aussi ça permet un échange. Ça permet de les considérer importants même s'ils viennent d'arriver, les faire s'impliquer c'est important. »*

Le CGS du CH B met en avant l'importance de faire participer les jeunes professionnels dans les groupes de travail proposés au sein de l'établissement. *« Le management par projet c'est quelque chose qui marche très bien. Les gens vont s'investir, il n'y a pas que le soin technique, relationnel. il y a aussi l'organisation du soin, la conception du soin et quand on arrive au bout d'un projet, je trouve que c'est extrêmement valorisant et ça crée une dynamique dans les services. »*

- Les infirmiers

Le projet de soins donne du sens. Il permet de faire comprendre aux directions ce qui est fait au quotidien, les actions de soins sont traduites par l'écriture. Les différents groupes de travail (réfèrent douleur par exemple) sont valorisés par la direction des soins et la notion de reconnaissance est ainsi évoquée.

- Les DRH

Une DRH fait référence au management par projet qui permet d'impliquer les professionnels et d'être un levier de reconnaissance pour leur participation à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. La DRH du CHU A explique que les projets de la direction des soins sont essentiels et structurants d'une vision du soin. Elle considère que dans un CHU, les projets de recherche sont à mettre en lumière parce qu'ils sont une force d'un travail hospitalo-universitaire.

La DRH du CH B rejoint les propos exposés en insistant sur l'importance de la recherche clinique, de la recherche en soins et du projet de soins formalisé qui permet de mettre en avant les compétences paramédicales au sein de l'établissement.

Le projet de soins peut être un facteur fondamental d'attractivité. Au vue des contraintes économiques d'un établissement, l'attractivité peut se jouer ailleurs que dans la politique RH de recrutement favorable aux professionnels : stagiairisation puis titularisation rapides.

E) La politique d'accueil et d'intégration

Les thèmes de l'accueil et l'intégration ont été repris lors de tous les entretiens des personnes. Celles-ci considèrent que la politique déclinée sur ces deux thématiques est fondamentale pour attirer et fidéliser les professionnels.

- Les directeurs des soins en formation

La CGS du CH A fait notion d'un accompagnement à mettre en place avec une gestion documentaire qui permettrait aux professionnels de se repérer dans l'établissement et de connaître les spécificités de l'offre de soins.

- Les directeurs des soins en milieu hospitalier

La question de l'accueil est énoncée par le DS 2 du CHU C : « *il y a l'accueil, l'accueil par les mots aussi, mais aussi par ce qu'on propose comme environnement, et aussi la considération qu'on a pour la personne ? Quelle bienveillance ?* ». Elle rajoute que la politique d'accueil et d'intégration reflète l'image de l'établissement. Les jeunes professionnels utilisent beaucoup les réseaux sociaux et s'ils se sentent bien, ils communiquent positivement sur leur environnement de travail.

Le DS 1 du CHU C précise l'importance de l'accueil des professionnels avec la nécessité d'une journée d'accueil où la direction des soins est présente. Cela permet d'expliquer le projet de soins pour intégrer les nouveaux dans toute la dimension du soin. De plus, elle précise que l'encadrement doit être dans cette dynamique d'accompagnement dans les différents services. La direction des soins doit impulser cette politique d'accueil en étant impliquée sinon ça peut donner une impression de ne pas être dans la réalité de terrain. La procédure d'accueil au sein des pôles et des services est fondamentale pour le CGS du CHU C. Elle explique que cela contribue à la QVT et que ça a un impact sur la fidélisation des professionnels.

- Les étudiants et les infirmiers

Les étudiants en soins infirmiers évoquent l'importance d'un accueil pour demander un encadrement adéquat à leur niveau de formation et de compétences. Ils souhaitent pouvoir être accompagné dans de bonnes conditions et revendiquent les mauvaises conditions de tutorat par faute de temps des professionnels.

Les infirmiers évoquent leur début de prise de poste et mentionnent l'importance de la politique d'accueil et d'intégration. L'accompagnement sous forme de tutorat est essentiel pour permettre le développement des compétences et se professionnaliser. La peur des responsabilités au début de la carrière est mieux appréhendée par la mise en œuvre d'un encadrement porté par une politique managériale au niveau des cadres.

- Les cadres supérieurs de santé

Les cadres évoquent la notion d'ambiance de travail. Les jeunes professionnels souhaitent trouver un environnement favorable à leur épanouissement professionnel et personnel. La notion de « famille professionnelle » est importante.

- Les DRH

La politique d'accueil, d'intégration est essentielle. Les DRH mettent en évidence qu'il faut une vraie réflexion sur cette politique commune avec la direction des soins et que l'établissement ne communique pas suffisamment de manière positive sur les atouts de son établissement.

En résumé, au travers de cette deuxième partie de l'analyse, d'après les personnes interviewées, nous avons pu identifier les différents facteurs d'attractivité.

2.3.3 Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses

Au cours de cette seconde partie, nous avons détaillé la méthodologie de recherche et exposé les résultats obtenus suite aux entretiens menés. Nous allons chercher à interpréter les résultats et vérifier si nos hypothèses sont validées.

Synthèse

Nous pouvons relever que le terme « attractivité » revêt différentes dimensions selon la catégorie socio-professionnelle des acteurs interviewés. Nous pouvons également analyser que le DS peut largement contribuer à l'attractivité et la fidélisation des infirmiers au sein d'un établissement par ses compétences, ses actions et donc sa stratégie définie. Les idées clés retenues sont : la collaboration DRH-DS en vue de la politique de recrutement, la diversité et l'offre de soins qui corrobore la réputation de l'établissement, la politique de stage qui promeut la professionnalisation, la formation professionnelle qui contribue au développement des compétences, l'accueil et l'intégration qui favorisent une qualité de vie au travail, la communication qui permet de donner du sens aux projets et aux actions. Nous

savons identifier qu'un des axes stratégiques managériaux du directeur des soins est le projet de soins, porteur de sens et de valeurs du soin. Enfin, l'analyse nous concède à affirmer que les collaborations entre les différentes directions sont essentielles pour promouvoir l'attractivité et la fidélisation des infirmiers au sein d'un établissement. Le DS peut, par sa stratégie collaborative, contribuer au développement de l'attractivité des professionnels paramédicaux infirmiers de l'établissement de santé.

Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 : Le DS contribue au projet managérial de l'établissement en vue de promouvoir l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices

Cette première hypothèse est validée. Les propos recueillis vont dans ce sens. En effet, au travers des entretiens, nous notons que le DS a une place stratégique dans la politique mise en œuvre au sein de l'établissement. Cette politique doit cependant être co-portée par la direction générale et les différentes directions fonctionnelles et initiée dans le projet d'établissement. Par ailleurs, le rôle du DS et sa contribution stratégique dans la politique d'établissement sont clairement identifiés pour promouvoir l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier novice. Il appartient au DS de définir des axes stratégiques prioritaires dans son champ de compétences.

Hypothèse 2 : La collaboration du directeur des soins en IFSI et du directeur des soins en gestion est un axe stratégique à développer pour l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices.

Cette seconde hypothèse est en partie validée. Tous les professionnels mettent en avant l'importance de cette collaboration pour la mise en œuvre des facteurs de réussite au sein de l'établissement favorisant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices. Toutefois, cette collaboration n'est pas de fait. Elle doit en partie se créer par les acteurs eux-mêmes et leur capacité à saisir les opportunités d'actions.

En ce sens, nous pouvons répondre à la problématique posée en affirmant que le DS doit décliner des axes stratégiques et peut, par ses actions, son management, son positionnement, sa collaboration, contribuer au développement des facteurs d'attractivité et de fidélisation de l'établissement de santé, au bénéfice des professionnels infirmiers novices.

L'enquête de terrain et l'analyse effectuées nous ont aidé à faire les liens, à confronter l'analyse aux hypothèses de départ, nous apportant des réponses plus précises par rapport à la problématique posée, nous permettant d'envisager des orientations et des axes de préconisations pour le DS.

3 Les préconisations et les perspectives

Notre questionnement initial était d'identifier la stratégie du DS dans l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices en établissement de santé. Ainsi, nous avons pu identifier au travers de la recherche contextuelle, conceptuelle et de l'analyse des entretiens, les principaux facteurs de réussite contribuant à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels de santé paramédicaux infirmiers. Par conséquent, le DS, par ses compétences, a des axes stratégiques à formaliser.

Cette troisième partie aborde les préconisations et les perspectives d'actions que le DS peut identifier et mettre en œuvre. Les préconisations que nous allons développer s'appuient d'une part, sur les éléments conceptuels et d'autre part, sur les résultats recueillis lors des différents entretiens menés et de l'expérience partagée par nos maîtres de stage. Elles se déclinent en huit axes stratégiques.

Cette partie de notre travail n'a pas la prétention d'être exhaustive au regard du sujet traité. Les actions ne pourront être mises en œuvre qu'en concertation et en collaboration avec le directeur d'établissement et l'ensemble des professionnels associés et peuvent parfois déjà compléter les dispositifs existants. Il nous semble important de rappeler que comme tout principe de management par projet, le DS devra identifier les freins, les obstacles possibles à la mise en œuvre ainsi que les ressources dont il dispose.

3.1 Fédérer et collaborer

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010⁶⁷ portant statut particulier du directeur des soins, le positionne comme membre de l'équipe de direction. En tant que président de la CSIRMT, en tant que membre du directoire, le DS a un positionnement stratégique au sein de l'établissement de santé. Les axes stratégiques que le DS va décliner auront un impact sur les acteurs et les organisations. Il appartient donc au DS, au travers de sa stratégie managériale, de collaborer et de créer des liens les uns avec les autres.

3.1.1 Axe 1 : Collaborer autour du projet d'établissement

L'évolution du contexte hospitalier depuis plus de vingt ans oblige, aujourd'hui plus qu'hier, les établissements de santé à réinterroger leurs choix stratégiques pour initier des réorganisations, proposer des innovations et porter des projets au sein du territoire. Le code de la santé publique⁶⁸ (CSP) prévoit pour les établissements de santé publics de produire tous les cinq ans un projet d'établissement qui définit entre autre la politique générale de l'établissement. Le projet permet d'identifier la stratégie de l'établissement mais aussi les

⁶⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

⁶⁸ article L6143-2 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016- art.101

projets (projet social, projet médical, projet de soins...) qui le caractérisent et déterminent ses valeurs.

- ⇒ Le directeur des soins, de par sa collaboration avec les autres directions, doit participer activement à la réflexion sur les missions, les activités, les compétences et les valeurs partagées dans le projet d'établissement. Il doit favoriser ces échanges pour élaborer les axes stratégiques de l'établissement formalisés au travers du projet d'établissement.
- ⇒ Le projet d'établissement permettra au DS de définir et de décliner les axes stratégiques du projet de soins et d'identifier sa ligne managériale.

3.1.2 Axe 2 : Porter des projets partagés DRH-DS

Le défi de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) : accompagner la stratégie

La GRH consiste à traduire la stratégie globale de l'établissement au niveau des ressources humaines. La DRH est face à un enjeu majeur puisqu'il convient de définir une politique de gestion adéquate. Aujourd'hui, compte tenu d'une exigence accrue des usagers concernant la qualité et la sécurité des soins, il convient d'avoir les bonnes ressources et de les employer au bon endroit. Attractivité, conditions de travail, recrutement sont des thèmes abordés lors de nos entretiens. Pour répondre à cette évolution et ce défi : le maintien et la gestion des compétences, la formation, la fidélisation sont les maîtres mots recueillis.

- ⇒ Dans un contexte où les projets concernent les organisations des soins, la coordination générale des soins doit pouvoir apporter son expertise sur les projets qui garantissent la qualité et la sécurité des soins dans les différentes prises en soins et ainsi travailler en collaboration avec la DRH.
- ⇒ Il convient au DS ainsi d'identifier les compétences nécessaires et les axes de formation à promouvoir pour porter les projets ciblés.
- ⇒ Formaliser des temps de concertation DRH-DS sur les projets de l'établissement.

Le recrutement

Le recrutement permet de trouver une ressource humaine correspondant aux besoins dans un poste défini. La loi n°86-33 du 9 janvier 1986⁶⁹ pose les principes généraux du recrutement dans la fonction publique hospitalière. Il importe donc de bien cerner les besoins de l'établissement et les compétences attendues. On cherche un talent au service de l'établissement plus qu'un candidat. Il y a un risque que les talents aillent postuler ailleurs si la politique d'établissement n'est pas propice aux demandes des infirmiers, notamment novices.

⁶⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr>

- ⇒ La collaboration DRH-DS permet d'identifier les besoins en terme de recrutement. Des réunions programmées hebdomadaires peuvent permettre de faire un état des lieux et de pouvoir répondre aux nécessités et exigences RH.
- ⇒ Le DS fait un point hebdomadaire avec les cadres de pôle pour identifier les besoins des pôles au sein des services de soins. Il fait un retour au DRH.
- ⇒ Faciliter les contrats de quelques mois. Les contrats courts freinent l'implication des novices recrutés et a aussi un impact sur l'accompagnement des professionnels (on ne s'implique pas pour accompagner quelqu'un dont on sait qu'il ne restera que quelques semaines.
- ⇒ Une procédure de recrutement peut être mise en place. La cellule « process recrutement » dans un des CHU interviewé est un exemple. Les CV peuvent être analysés et sélectionnés en concertation DRH-DS. Le binôme DRH-DS peut concevoir de réaliser les entretiens en collaboration.

Politique d'accueil et d'intégration

L'accueil se définit comme la manière d'accueillir lors de l'arrivée pour la prise de poste. Privilégier un accueil de qualité permet au nouvel arrivant d'être plus serein et de se sentir attendu et écouté. L'intégration concerne davantage la prise de poste de travail avec le périmètre d'activités à formaliser. Le professionnel, une fois intégré, peut alors développer un sentiment d'appartenance à groupe, à un collectif de travail.

Pour réussir une politique d'intégration, il s'agit de combiner différents facteurs et d'établir une véritable stratégie dynamique qui permet d'apporter un accompagnement spécifique. Prendre soin lors de la prise de poste du nouveau professionnel est une des clés de réussite qui permet de rendre attractif l'établissement et de fidéliser le professionnel. Être attentif aux souhaits de l'agent lors du recrutement et de leur intégration permet de répondre à leurs attentes et de tenir compte de leur projet professionnel. Il faut que l'agent se sente accueilli et cerne toutes les dimensions de ses nouvelles fonctions (administratif, organisation...).

Une politique d'accueil et d'intégration claire, affichée et appliquée semblent indispensables pour retenir l'agent. On peut noter l'importance d'une politique d'intégration qui rassemble des périodes de tutorat et d'évaluation et permettent ainsi la progression du nouvel arrivé. L'accompagnement par le manager dans la prise de poste dans les meilleurs conditions permet de créer un climat propice à l'acquisition et au développement des compétences. L'approche managériale et la posture du manager de par son leadership occupe une place prépondérante pour retenir et fidéliser les professionnels. Le directeur des soins impulse auprès de l'encadrement cette dynamique managériale.

- ⇒ Formaliser une politique d'accueil et d'intégration (une charte par exemple).
- ⇒ Identifier des personnes ressources pour la présentation du service et ses activités.

- ⇒ Identifier les personnes ressources au sein des pôles et définir un tutorat.
- ⇒ Formaliser le tutorat (le définir : les objectifs, la mise en œuvre et l'évaluation).
- ⇒ Créer un parcours d'intégration cohérent et personnalisé (par exemple : journée de visite de l'établissement et des services au sein d'un pôle).
- ⇒ Élaborer des fiches de postes ou les réajuster.
- ⇒ Formaliser des fiches de suivi et d'évaluation (à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an de la prise de poste) qui permettront de faire un point sur le recrutement en collaboration avec la DRH pour le suivi et l'évolution des contrats.

La formation

Proposer des formations permet aussi de développer des compétences professionnelles et de progresser dans l'accomplissement personnel et professionnel. Comme l'ont souligné les infirmiers et les étudiants interrogés, la valorisation des compétences et l'évolution professionnelle sont des facteurs importants aujourd'hui à l'hôpital. Le DS doit s'interroger sur les conditions de réussite permettant la réalisation de soi et le développement des ressources personnelles professionnelles. Impliquer les agents permet un sentiment de reconnaissance et peut en partie prévenir l'absentéisme.

La formation-action vise l'amélioration concrète des pratiques par une action sur les conditions et sur les contenus du travail. Le professionnel qui se sent responsable, qui a le sentiment de pouvoir développer une activité en autonomie et se sent soutenu par sa hiérarchie, pourra travailler avec satisfaction même dans des conditions complexes.

Le levier formation peut permettre entre autre d'évoluer et de développer les compétences et ainsi renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe.

- ⇒ Le DS identifie les potentiels de personnes ressources sur les projets ciblés.
- ⇒ Le DS identifie les besoins en formation selon les axes stratégiques des projets à développer, des collaborations à venir.
- ⇒ Le DS analyse et met en phase les demandes et les besoins des pôles en concertation avec les cadres de pôles (s'appuie sur les entretiens d'évaluation des professionnels).
- ⇒ Le DS est force de propositions pour les nouveaux métiers (Infirmière de pratiques avancées (IPA)), il anticipe les besoins au vue du contexte de la transformation du système de santé.
- ⇒ Le DS collabore avec la DRH pour établir les axes du plan de formation continue. Il participe à la commission du plan de formation continue et émet des avis sur les demandes et les propositions émises.

La GPMC

La GPMC a été initiée par des groupes de travail au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) permettant l'élaboration de référentiels de compétences et d'évaluation des niveaux de compétences par métier et par poste. Dans le cadre de la GPMC, les outils, notamment l'entretien annuel et les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont des éléments qui permettent au manager d'évaluer les compétences et ainsi de définir un plan de formation en adéquation aux besoins du professionnel.

Développer l'identification des niveaux de compétences et se décentraliser des métiers permet d'adopter une démarche de GPMC. Il convient de repérer les potentiels et les fidéliser.

- ⇒ Analyser les perspectives en termes de gestion des compétences (identifier les métiers sensibles, anticiper les départs à la retraite, élaborer des outils de gestion comme par exemple la pyramide des âges).
- ⇒ S'appuyer sur l'encadrement et les référents GPMC.
- ⇒ Promouvoir une politique d'attractivité pour attirer les compétences sur les métiers sensibles (nous développerons ce point dans une partie ci-dessous).
- ⇒ Fidéliser les compétences en interne en proposant des parcours professionnels.
- ⇒ Maintenir les compétences par une politique de formation adaptée (formation continue) : établir un partenariat avec l'institut de formation pour promouvoir les sessions de formation et voir l'offre de formation possible proposée.
- ⇒ Développer la formation par la simulation en co-écrivant entre cadres formateurs et professionnels des scénarii avec l'institut de formation.

Les outils de RH peuvent déjà exister (fiches de postes, référentiels de compétences). Il est important de les utiliser. Néanmoins, en ce qui concerne le développement des compétences de chacun, une attention particulière et singulière doit être portée par le directeur des soins, appuyée par la ligne managériale des cadres.

3.1.3 Axe 3 : Co-construire la professionnalisation des étudiants

Depuis 2002, qu'ils soient issus d'un institut de formation ou d'un établissement de santé, les élèves directeurs des soins bénéficient d'une formation commune à l'EHESP. Construite sur l'interfiliarité et l'interdisciplinarité, la formation permet la confrontation d'expériences, d'idées et de cultures différentes. La professionnalisation des étudiants par la mise en œuvre de l'alternance nécessite une collaboration entre les deux DS. Ce constat est partagé par les DS interrogés lors des entretiens. Or, comme nous avons pu nous en apercevoir, cela ne va pas forcément de soi. Notre expérience professionnelle, les échanges avec nos collègues de promotion, les observations en stages nous montrent que ce partenariat est encore souvent à construire, voir à inventer. Les projets de formation et les projets de soins sont souvent construits indépendamment.

Les temps de rencontre sont pourtant indispensables autour des sujets tels que l'offre de stage (capacité d'accueil des services, ouverture d'un terrain de stage), la politique d'accueil et d'intégration (l'encadrement et le tutorat proposés). La professionnalisation des étudiants nécessite une collaboration des acteurs entre les différents lieux d'apprentissage. Un des principaux enjeux de l'alternance intégrative est de faire articuler l'IFSI et l'établissement de santé dont les logiques sont certes différentes mais complémentaires. On parle de notion de co-responsabilité, de co-construction, de co-évaluation. Le projet de l'institut permet d'identifier les valeurs liées au dispositif de formation ainsi que les axes stratégiques déclinés dans le projet de formation ou projet pédagogique. Il facilite tout comme le projet de soins, la mise en œuvre du projet institutionnel de l'établissement. Il doit être formalisé et porté par l'ensemble des acteurs de l'alternance et donc piloté et impulsé par les deux directeurs de soins respectifs. Dans le projet de soins, nous pourrions y retrouver un axe sur la formation au tutorat et la politique de stage déclinée. Le projet de soins et le projet de l'institut de formation doivent être articulés de façon à ce que tous les acteurs s'y retrouvent : les étudiants en tant que futurs professionnels et les professionnels eux-mêmes. La collaboration des deux DS permettra de rompre la dichotomie qui peut parfois exister pour offrir un meilleur niveau de professionnalisation des étudiants et des différents professionnels acteurs de la formation (cadres pédagogiques, tuteurs, maîtres de stage...) mais aussi des professionnels en exercice. Lors des entretiens effectués, la simulation a été évoquée. Elle permet pour les professionnels une analyse réflexive sur leurs pratiques et une actualisation des connaissances. L'expérience de la simulation peut permettre l'acquisition de compétences. Cet axe de formation nécessite d'optimiser le partenariat entre les professionnels de santé et les cadres de santé formateurs. Les deux directeurs de soins ont donc un rôle stratégique pour mettre en œuvre ce projet de collaboration.

- ⇒ La participation de chacun des DS aux instances représentatives de la formation infirmière (ICOGI : instance compétente pour les orientations générales de l'institut) et des soins (CSIRMT) permet une meilleure connaissance des projets respectifs ainsi que la mise en œuvre de ceux-ci. Il convient donc de développer un sentiment d'appartenance dépassant le strict cadre des missions de chacun mais d'établir un partenariat au service du fonctionnement hospitalier.
- ⇒ Le positionnement institutionnel des deux DS permettra de valider et d'appuyer la politique de stage en vue de professionnaliser les étudiants. Le DS peut constituer un comité de pilotage au niveau institutionnel afin d'y positionner la professionnalisation de l'étudiant et permettre d'en définir la politique générale et les orientations prioritaires.
- ⇒ Un travail spécifique sur la notion de l'accueil, de l'intégration et de l'accompagnement (tutorat) doit être mené. Nous avons pu identifier que cela fait

- partie intégrante de la qualité des soins, et qu'il revêt une importance particulière au niveau de l'attractivité des futurs professionnels.
- ⇒ Des groupes de travail peuvent être constitués afin d'associer l'encadrement en gestion, l'encadrement en formation et les professionnels paramédicaux, notamment les tuteurs. Différents thèmes nous semblent importants : la formation au tutorat, la mise en œuvre d'une politique commune de l'encadrement pour l'ensemble de l'équipe managériale (charte d'encadrement, livret d'accueil, livret d'encadrement pour chacun des pôles à partir des livrets de chaque unité de soins)
 - ⇒ Définir un groupe de travail pour une facilitation de l'intégration des étudiants au sein des équipes (fiche de suivi pour mesurer la progression des étudiants sur les activités de soins, outil d'auto évaluation pour permettre une grande objectivation de l'acquisition des éléments des compétences par les ESI, questionnaire de satisfaction pour évaluer la satisfaction de chaque étudiant à la fin du stage sur une base de plusieurs critères définis (accueil, encadrement, qualité des échanges...)
 - ⇒ Élaborer des parcours de stages attractifs qui permettent à l'étudiant de suivre le parcours patient par exemple
 - ⇒ Déterminer une politique managériale forte qui forme les professionnels de santé : les tuteurs mais aussi les professionnels de proximité qui ont un rôle essentiel et sont souvent démunis (mauvais représentation de la formation, méconnaissance du projet pédagogique, des attendus...)

3.2 Le DS : un manager stratégique

Depuis quelques années, le système de santé connaît de nombreuses transformations. Le management est appelé à traduire les valeurs d'efficacité et d'efficience qui sont fondamentales dans un contexte budgétaire contraint mais aussi à mobiliser les valeurs de bien commun au centre des finalités de l'action publique.

3.2.1 Axe 4 : Le management du DS : porteur de sens

L'hôpital a évolué au fil des différentes réformes. Il est devenu une structure bureaucratique avec une gouvernance qui doit assurer des missions de gestion, d'organisation. Aujourd'hui, de plus en plus d'établissements de santé sont confrontés à une problématique de gestion consistant à maîtriser les coûts et diminuer les dépenses, tout en étant dans une perspective permanente d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Or, les acteurs mettent en avant une perte de sens dans les méthodes managériales : un pilotage centré avec des outils de performance qui ne laissent plus de place au prendre soin. Les professionnels recherchent du sens dans la qualité au soin pour permettre de s'engager en lien avec leurs valeurs personnelles. Le professionnel revendique un sens aux actions menées au quotidien au service de l'utilisateur.

La question ici du leadership du DS est essentielle car elle est une condition sine qua none de la mobilisation des professionnels. Il faut un leadership partagé, impliquant tous les professionnels de santé. Différentes communications sont à privilégier.

- ⇒ Développer une communication organisationnelle qui est un enjeu majeur pour donner le sens : Pour quoi ? Pourquoi ? Il est important de donner la direction, de préciser les objectifs et les buts de l'action collective.
- ⇒ Développer une communication managériale pour favoriser un encadrement efficace qui permet de mobiliser les acteurs dans l'action, de favoriser leur engagement.
- ⇒ Développer une communication institutionnelle pour rappeler les valeurs, expliquer les décisions et informer sur les activités, la performance et la qualité du service. Il est essentiel d'installer la confiance avec les acteurs.
- ⇒ Favoriser la dynamique collective et l'engagement des professionnels par le biais de l'encadrement. Faire connaître, reconnaître et valoriser les activités.
- ⇒ Entretenir des relations régulières et de proximité avec eux et favoriser les interactions.
 - Planifier des réunions hebdomadaires avec les cadres supérieurs de santé.
 - Planifier des réunions mensuelles avec les cadres de proximité.
 - Établir un ordre du jour et prioriser les thématiques.
- ⇒ Porter une ambition et mettre en avant des initiatives des professionnels faisant le lien entre les résultats obtenus et l'ambition poursuivie (journée de présentation des projets, des actions par thématique ou par pôle par exemple). La présence du DS est primordiale.

Apporter des idées de rencontre, favoriser le partage d'expériences.
- ⇒ Montrer l'exemple, s'engager dans les projets, partager les résultats obtenus lors des réunions avec les cadres de pôles, les réunions d'encadrement, lors des rapports de la CSIRMT.
- ⇒ S'assurer que les équipes disposent des moyens pour prendre des initiatives, laisser une marge d'autonomie, faire confiance.

Le manager-leader permet au professionnel d'être acteur et de donner du sens à ses missions. Il crée les conditions favorables au bien-être des équipes au travail et à la mise en œuvre d'une qualité de vie au travail reconnue complémentaire de l'efficience.

Le Conseil International des Infirmiers (CII 2007) définit la notion d'environnement favorable comme « *des contextes professionnels propices à l'excellence du travail dans de bonnes conditions pour l'employé. L'accent est mis sur la sécurité, la santé et le bien-être personnel,*

sur la qualité des soins dispensés aux patients et sur le renforcement de la motivation, de la productivité et de la performance des individus et des organisations »⁷⁰.

Toujours d'après le CII, les caractéristiques des environnements favorables à la pratique sont :

- *« l'application de mesures de santé, de sécurité et de bien-être au travail répondant aux risques professionnels, à la violence corporelle et psychologique et aux questions relatives à la sécurité personnelle ;*
- *des charges de travail et des exigences professionnelles équitables et gérables, un niveau de stress tolérable*
- *un climat organisationnel reflétant des pratiques de gestion et de direction efficaces, l'existence de valeurs partagées et d'un système d'entraide entre pairs, ainsi que la participation des travailleurs aux décisions ;*
- *le maintien d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ;*
- *l'égalité des chances et de traitement ;*
- *l'existence d'opportunités de développement professionnel et d'avancement de carrière ;*
- *la valorisation de l'identité et de l'autonomie professionnelle, ainsi que du contrôle sur la pratique ;*
- *la sécurité de l'emploi ;*
- *des salaires décents et des avantages sociaux ;*
- *des niveaux de dotation en effectifs garants de la sécurité ;*
- *le soutien et la supervision ;*
- *des communications ouvertes à la transparence ;*
- *des programmes de reconnaissance des qualifications ;*
- *l'accès au matériel et aux fournitures nécessaires, la disponibilité de personnel d'appui »*

Le management du DS par son projet managérial décliné au sein de l'établissement doit permettre au professionnel de s'épanouir et de ne pas ressentir le travail comme une souffrance⁷¹. La qualité de vie au travail (QVT) ne se décrète pas, elle se construit au fur et à mesure dans une notion de collectif, avec l'ensemble des acteurs.

⁷⁰ BAUMANN A., Conseil international des infirmières, « *Environnements favorables à la pratique : qualité au travail=qualité des soins* », op.cit.

<http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/JII2007-Kit.pdf>

⁷¹ JOVIC L., GOLDSZMIDT D., 2018 février, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux*, gestions hospitalières.

3.2.2 Axe 5 : Le management par la QVT

Nous avons été interpellés par les propos décrits par les étudiants et les infirmiers novices lors de nos entretiens. La qualité de l'accueil et de l'intégration participe à la qualité de vie au travail. En tant que directeur des soins, nous pensons qu'il faut être vigilant par rapport à cette problématique.

Au sein des organisations, les thèmes de la souffrance au travail, du stress, des risques psychosociaux sont au cœur des débats. Les enjeux de performance de l'organisation et de la santé des professionnels sont liés. C'est grâce à une vision managériale globale des difficultés rencontrées par les agents sous l'angle des relations de travail et du management (perte de sens) que l'accompagnement managérial du DS peut être à la hauteur des enjeux. Le projet social au même titre que le projet de soins fait partie intégrante du projet d'établissement. La collaboration DRH-DS sur ces sujets est fondamentale.

Créer des conditions de bien-être au travail

L'amélioration des conditions de travail est donc devenue une priorité de la DGOS. Le lien est avéré entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins. La HAS a d'ailleurs intégré d'ailleurs ces items comme une des dimensions de la certification V2014.

Un professionnel bien traité est un professionnel bien traitant. Favoriser le bien-être au travail par une QVT partagée permet d'optimiser la performance organisationnelle définie avec les différents acteurs. Nous l'avons vu au travers des entretiens, que cela donne du sens et engage les professionnels dans une dynamique de travail.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail⁷² (ANACT) met en évidence huit axes à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une QVT :

- *« l'engagement à tous les niveaux de la structure*
- *l'information partagée*
- *les relations sociales et de travail*
- *le contenu du travail*
- *l'environnement physique*
- *l'organisation du travail*
- *la possibilité de réalisation et de développement personnel*
- *la conciliation vie professionnelle et vie personnelle »*

Les conditions de travail⁷³ sont des éléments clés pour le recrutement des professionnels infirmiers novices. La qualité de vie au travail passe par la reconnaissance et la valorisation des infirmiers, comme nous l'avons évoqué précédemment.

⁷² ANACT est un établissement public administratif créé en 1973 sous la tutelle du ministère en charge du travail

⁷³ ANNEXE X : les conditions de la QVT – ANACT <https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

La HAS propose quatre indicateurs quantitatifs communs pour mesurer la QVT :

- satisfaction au travail
- l'augmentation du turnover
- la rotation du personnel
- le taux d'absentéisme

⇒ Ces indicateurs seront interprétés selon les objectifs et les résultats attendus au sein de l'établissement. Il est important de favoriser le bien-être au travail par une QVT partagée pour donner le sens et engager les professionnels dans une dynamique positive de travail.

3.2.3 Axe 6 : Le projet de soins : un axe stratégique pour le DS

Le projet de soins est élaboré par le directeur des soins en collaboration avec l'encadrement et les membres de la CSIRMT⁷⁴. Il décline les orientations stratégiques paramédicales en lien avec le projet médical et le projet qualité. Le projet de soins permet d'engager concrètement les professionnels dans la dynamique impulsée par les axes forts du projet d'établissement. Il est le fil conducteur de la pratique soignante et met en avant les valeurs professionnelles des acteurs. Il permet de donner du sens à l'action collective et de répondre aux attentes des usagers en terme de qualité et sécurité des soins. Il est un réel outil de pilotage pour le directeur des soins. C'est pour cela, qu'il ne doit pas être généraliste. Le projet de soins permet de construire une vision partagée sur la stratégie du DS. Il doit être décliné en objectifs opérationnels et en plans d'actions. Dans un premier temps, un temps de partage des regards que portent les professionnels sur la situation de l'établissement permet d'évaluer ce qui est fait et permet d'identifier les axes stratégiques à développer.

De plus, nous constatons, par les entretiens réalisés au sein des CHU, que l'ambition de la recherche clinique est présente et plus marquée que dans les centres hospitaliers. En effet, les professionnels doivent sans cesse se remettre en question et faire évoluer leurs pratiques. La recherche est un moyen de questionner les pratiques et la pertinence des soins (EPP, chemins cliniques, parcours patient, programmes d'éducation thérapeutiques (UTE)), chercher des solutions innovantes. La recherche permet de valoriser les compétences et les différents savoirs ainsi que les pratiques avancées et coopérations entre les professionnels. Elle doit faire l'objet d'un axe stratégique dans le projet de soins. Cela relève des compétences du DS (C7) qui a pour mission d'impulser et structurer la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Le DS peut piloter un

⁷⁴<https://www.legifrance.gouv.fr> Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

comité en y associant les personnels dédiés et les experts (personnes ressources - diplômés universitaires) dans le domaine de la recherche.

Le décret N°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière stipule : « *III.- Sous l'autorité du directeur d'établissement : « 9° Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».*

- ⇒ Le DS doit être partie prenante des réflexions stratégiques pour construire le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique en lien avec le projet médical. Il doit avoir le niveau d'information suffisant pour conduire sa politique et doit collaborer avec le président de CME.
- ⇒ Le DS s'attache à concevoir l'organisation des soins, des activités paramédicales. Il réalise un accompagnement des équipes pour la mise en œuvre à partir de sa politique managériale. C'est donc un travail en collaboration avec les chefs de pôles et les équipes d'encadrement qui va permettre la mise en œuvre des projets. Cela implique des rencontres régulières sur les thématiques choisies. Il s'agit d'identifier les freins et les atouts et ainsi de mesurer l'avancement du projet.
- ⇒ Répertorier les compétences existantes et nécessaires pour mener les projets de recherche et accompagner les professionnels et coordonner les actions pour la cohérence.
- ⇒ Communiquer par écrit de l'avancée des projets, des actions avec des bilans transmis lors des séances de la CSIRMT, communiquer par voie orale avec l'organisation de journées thématiques, communiquer en réunions et en instances.
- ⇒ Inviter un représentant des usagers pour participer aux réflexions et aux choix en matière de recherche.
- ⇒ Le rapport annuel de la CSIRMT permettra de tracer les éléments et de mettre en valeur les réalisations des professionnels.
- ⇒ Les projets seront identifiés et formalisés selon la méthodologie d'une fiche projet.

3.3 Des axes stratégiques à conforter et à inventer

3.3.1 Axe 7 : Communiquer pour être reconnu

La communication au sens de l'information permet d'exister et de se démarquer. Elle est un élément stratégique car elle permet d'identifier l'image de marque d'un établissement. Comme le rappelle Lydia Lacour⁷⁵, dans un établissement de santé, les enjeux managériaux de la communication sont primordiaux. Dans un environnement concurrentiel

⁷⁵ LACOUR L., 2018, « *La communication, Le management en santé* », in LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER R., et al. *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, p.471-490, Presses de l'EHESP, Edition Broché.

en terme de recrutement et d'attractivité, les outils de la communication doivent faire se démarquer l'établissement pour attirer les candidats.

La communication interne permet de valoriser les professionnels, les inscrire dans un collectif de travail, les engager dans les projets et ainsi porter les valeurs de l'établissement.

La communication externe permet de contribuer à la bonne image de l'établissement et à la politique qu'elle met en œuvre (exemple : résultats de la certification d'un établissement : gage de la qualité et la sécurité des soins). Comme évoqué lors des entretiens professionnels, les réseaux sociaux constituent un moyen de communication important aujourd'hui. Se préoccuper de la réputation et de la e-réputation est important.

La communication est donc un axe stratégique de l'établissement auquel le directeur des soins doit participer et impulser une dynamique. Valoriser les professionnels est un levier fondamental en politique de ressources humaines.

Différents outils sont à développer en interne :

- ⇒ Développer la culture d'établissement auprès des professionnels pour qu'ils valorisent l'établissement et donnent envie de rester aux nouveaux arrivants
- ⇒ Pilotage d'un journal interne et présenter les travaux faits, les projets menés au sein des services et des pôles pour impliquer les personnels. Le journal permet la reconnaissance des projets et actions menés.
- ⇒ Promouvoir la participation des professionnels aux forums métiers : permet l'attractivité des métiers.
 - Constituer un groupe de travail pour la préparation d'un stand dédié avec des contenus pensés par les professionnels (posters, photos...)
- ⇒ Organiser en collaboration avec le DS en institut de formation les journées portes ouvertes de l'institut : stands, visites de services si possible, conférences, rencontres de professionnels.
- ⇒ Organiser des conférences avec des thématiques en lien avec les soins ou la recherche en soins. Identifier des personnes ressources (diplômes universitaires) pour créer un groupe de travail et formaliser le projet.
- ⇒ Créer des plaquettes d'informations sur l'institut de formation, sur l'établissement de santé et sur les différentes formations proposées pour les différents métiers.

Différents outils sont à développer en externe :

- ⇒ Utiliser les canaux locaux de radio des jeunes générations (NRJ, contact FM...) pour informer sur les journées portes ouvertes de l'institut de formation.
- ⇒ Communiquer sur les temps forts de l'année organisés par les professionnels (Exemple : organisation d'un événementiel : course pour la lutte du cancer de sein).

- ⇒ Organiser des mannequins challenge pour promouvoir la vie de l'hôpital, les différents métiers, les services. Cela permet une visite virtuelle de l'hôpital et permet de se projeter.
- ⇒ Collaborer avec le webmaster de l'hôpital pour identifier les messages que l'on souhaite diffuser et comment on le fait (mise en scène, outils numériques).
- ⇒ Définir le réseau le plus adapté dans son utilisation : Facebook, LinkedIn, Twitter. Cela demande de maîtriser la communication donc cela demande une véritable stratégie du DS sur la politique qu'il veut montrer et afficher. Il peut y avoir, par exemple, un espace de recrutement avec les annonces sur le site internet de l'établissement. La collaboration DRH-DS est importante pour définir cette action de communication.

3.3.2 Axe 8 : Le GHT : une opportunité d'ouverture sur le territoire

Aujourd'hui, on note des disparités de fonctionnement et d'organisation selon les GHT. Le développement de stratégies coordonnées à l'échelle d'un territoire reste encore timide. Une des difficultés rencontrées est d'opérer cette transversalité nécessaire aux soins (ville-hôpital, médico-social et social...). Toutefois, la stratégie dans un établissement de santé repose sur des prospectives qui portent sur les activités, l'organisation et les ressources et les projets. Le DS joue un rôle prépondérant pour accompagner le changement et adapter les organisations de soins aux nouveaux enjeux du système de santé et à la transformation de celui-ci. Il doit être tourné vers l'extérieur. Les GHT s'appuient sur la mise en œuvre de mutualisations, parmi lesquelles figure la formation. La loi⁷⁶ précise qu'il s'agit d'une coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale d'une part, et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels, d'autre part. Le GHT peut être une opportunité pour offrir des conditions d'exercice attractives aux personnels paramédicaux. Les démarches sont déjà nombreuses pour les personnels médicaux. Au regard des enjeux et des dynamiques territoriales, la GPMC peut être un facteur d'attractivité et de fidélisation des professionnels .

- ⇒ Garantir une politique coordonnée d'attractivité et de fidélisation, portée conjointement par les établissements du GHT et les équipes de direction.
 - Formaliser une politique de recrutement (créer une bourse à l'emploi à l'échelle du GHT : faire connaître les postes vacants au sein du GHT sur la base de profils de postes validés).
 - Formaliser une politique d'encadrement des étudiants à l'échelle du GHT.
 - Formaliser une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels.

⁷⁶ Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

- Informer les jeunes professionnels sur les perspectives de poste dès leur recrutement.
 - Formaliser une GPMC à l'échelle du GHT : définir des projets professionnels à l'échelle des GHT.
 - Définir une politique de fidélisation : politique de formation continue et de développement professionnel continu à l'échelle du GHT.
- ⇒ Définir des projets professionnels à l'échelle des GHT (exemple : appel à projet financé par l'ARS : création d'un poste de coordinatrice de parcours de soins au sein du GHT par exemple ...).

C'est par sa position à un niveau stratégique décisionnaire, que le DS pourra contribuer aux facteurs d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices.

Le DS définit la politique générale des soins et l'organisation inhérente à celle-ci pour répondre aux enjeux de la qualité et sécurité des soins ainsi qu'aux besoins des professionnels.

Par son management, la ligne managériale qu'il définit avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité, le DS pourra donner le sens aux actions, aux projets menés. Il pourra impulser cette dynamique inhérente aux changements pour accompagner les transformations du système de santé.

La collaboration avec les autres directions est essentielle pour définir les axes stratégiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels au sein d'un établissement de santé.

Conclusion

La stratégie mise en œuvre par le directeur des soins est un enjeu majeur pour répondre aux défis de l'attractivité et la fidélisation des infirmiers novices. Il doit savoir donner le sens et donner envie d'y adhérer pour mobiliser les compétences et favoriser l'initiative des acteurs. C'est dans la rencontre des compétences avec ses collaborateurs, au travers de la co-construction, de la coopération, que l'efficacité d'une organisation peut émerger. Tout d'abord, en concevant le dispositif de formation professionnalisant comme une réponse aux besoins de santé des usagers au sein de l'établissement mais aussi au sein du territoire, le DSIF et le DSES peuvent concourir à développer l'attractivité des métiers et des formations en santé. De plus, promouvoir le leadership du DS permet de contribuer au développement de la reconnaissance et la valorisation des compétences des professionnels, au bénéfice de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients. La communication managériale est un élément clé dans la fidélisation du personnel, elle permet d'impliquer les professionnels dans l'établissement. Le professionnel a besoin de reconnaissance et pour ce faire, il existe plusieurs leviers comme la formation, l'implication dans les projets tels que ceux formalisés par le projet de soins. Les bénéfices de la satisfaction du travail bien fait contribuent à la motivation, à la qualité de vie au travail et à l'attractivité des métiers. Cela peut aussi se traduire par un encouragement à la recherche, garante d'innovations et de valorisations des projets des professionnels.

Le DS est un stratège qui doit faire en sorte que les énergies soient capitalisées et mobilisées vers une vision commune. Il s'agit d'identifier les potentiels et de valoriser les talents. Ce qui est vrai dans un établissement, l'est à l'échelle du territoire. Pour répondre à l'enjeu de la pertinence des soins, le GHT est une opportunité pour promouvoir une collaboration de qualité entre les professionnels. Même si la collaboration peut se montrer complexe sur certains territoires, cela ne veut pas dire que les professionnels ne veulent pas y contribuer ensemble. Cela passe par un effort collectif mais aussi une volonté de dépasser les clivages et les ambitions opportunistes. Le territoire n'a pas fini de se transformer. L'utilisation des moyens numériques sont l'exemple de ces nouveaux contours à inventer. Il est en quelque sorte le reflet de l'évolution de la société, il doit s'adapter aux transformations du système de santé. Le GHT représente un challenge ambitieux pour peu que les dirigeants eux-mêmes s'engagent. Participer à l'élaboration d'une vision partagée au sein du territoire est une opportunité à saisir et un atout indéniable pour une direction des soins.

Bibliographie

OUVRAGES

BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Armand Colin 2^{ème} Edition, 128 pages.

COUDRAY MA., GAY C., 2009, *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études Infirmières*, Paris, Elsevier-Masson.

COUTANCEAU R. et al., « *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitative* », Psychothérapies, Éditions Dunod.

GEAY A., 2000, *L'école de l'alternance*. Paris L'Harmattan, 191 pages.

LE BOTERF G., 2005, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation.

LE BOTERF G., 2007, *Professionaliser Le modèle de la navigation professionnelle*, Eyrolles, Editions d'Organisation.

MUCCHIELLI R., 1998, *L'analyse de contenu*, Collection Formation Permanente, Librairie Eyrolles, 10^{ème} édition, 214 pages.

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER R., et al. *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, p.471-490, Presses de l'EHESP, Edition Broché.

PERRENOUD P., 2001, *Développer La Pratique Réflexive Dans Le Métier D'enseignant-Professionalisation Et Raison Pédagogique*. ESF Éditeur. Collection Pédagogie.

QUIVY R., CAMPENHOUDT LV., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^è édition, Dunod, 253 pages.

ROGERS C., 2018, *Le développement de la personne*, 2^{ème} édition, Broché.

ZARIFIAN P., 2004, *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons.

ARTICLES ET REVUES

BRUNELLE Y., Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se soigner. Pratiques et Organisation des soins – Revue CAIRN 2009/1 vol.40 pages 39-48

CHARBONNIER-VOIRIN A., VIGNOLLES A., 2015/1, *Marque employeur interne et externe. Un état de l'art et un agenda de recherche*, Revue française de gestion (N° 246), pp 63-82.

COLLIN A., DEMANET Q., ERWANN P., 2015/03 « *Magnet hospital et attractivité hospitalière : Quelle articulation ?* », Gestions Hospitalières, n° 544, pp.168-173.

MC CLURE ML., POULIN MA., SOVIE MD., WANDELT MA.,1983, *Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American nurses association*, Task force on nursing practice in hospitals.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi N° 2006-1668 le 21 décembre 2006

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

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

Arrêté de la ministre des solidarités et de la santé en date du 18 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments de quotas . fonction-publique.gouv.fr

Loi N°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (loi ORE)

Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
Article L6143-2 modifié par Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016- art.101

Loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Loi N°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (

RÉFÉRENTIELS

Référentiel de compétences des directeurs des soins

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

Référentiel métier de directeur des soins

https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

RAPPORTS ET ETUDES

BARLET M., CAVILLON M., 2011, « *La profession infirmière: situation démographique et trajectoires professionnelles* », Études et Résultats, DREES, Mai 2011, n°759.

Service de la recherche et de l'analyse. Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire. Québec : ministère de la santé et des services sociaux, Direction Générale du personnel réseau et ministériel ; 2006 (www.msss.gouv.qc.ca)

Rapports E. COUTY sur « *Le pacte de confiance à l'hôpital* » en 2009 et 2013

<http://www.unafam.org/Rapport-Le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital-d-Edouard-Couty.html>

BAUMANN A., Conseil international des infirmières, « *Environnements favorables à la pratique : qualité au travail=qualité des soins* », op.cit.

<http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/JII2007-Kit.pdf>

Rapport sur « *État des lieux de la formation en soins infirmiers : Entrée en IFSI et Jeunes Diplômés* » Février 2013

https://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/1/5/74315-130218-edl-formation-en-soins-infirmiers-original.pdf

Rapport de la DREES - Mai 2018 - Numéro 1062- <https://www.date.drees.sante.gouv.fr>

Dossier de presse sur le Bien être des étudiants en soins infirmiers

<https://fnesi.org> > wp-content > uploads > 2017/09 > DP_Bien-être_ESI_FNESI

Dossier de presse sur la grande conférence de santé 2016

<https://solidarites-sante-gouv.fr>>IMG>pdf >11_02_2016_grande_conference_de_la_sante

MÉMOIRES

DA ROS F., 2014, *Le partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé : des représentations sociales à la co-construction d'un projet de formation*, Rennes, EHESP, Filière des Directeurs de soins.

BIANCO V., 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*, Rennes, EHESP, Filière des Directeurs de soins.

SLIWKA C., 2005, *Turn-over des infirmières en Ile de France : quelles stratégies des directeurs de soins pour recruter et fidéliser*, Rennes, École Nationale de la Santé Publique, Filière des Directeurs de soins.

SITES INTERNET

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://solidarités-sante.gouv.fr>

<https://fonction-publique.gouv.fr>

www.infirmiers.com

www.date.drees.sante.gouv.fr

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr>

www.fondationleoniechaptal.fr

<https://www.rhinfo.com>

<https://www.larousse.fr>

www.msss.gouv.qc.ca

<https://www.cairn.info>

<https://www.larousse.fr> > dictionnaires > francais > collaborer

<https://fr.wikipedia.org> > wiki > Stratégie

<https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

Liste des annexes

ANNEXE I : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ETUDIANTS A ADMETTRE EN IFSI

ANNEXE II : TABLEAU DES INSCRITS – DONNEES DREES 2016

ANNEXE III : STATISTIQUES DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX - RAPPORT DREES 2018

ANNEXE IV : LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE INFIRMIER

ANNEXE V : COMPARATIF CREATION D'EMPLOIS ET POSTES A POURVOIR

ANNEXE VI : SYNTHESE DE LA LOI RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

ANNEXE VII : SCHEMA DE QUALITE DE DONABEDIAN

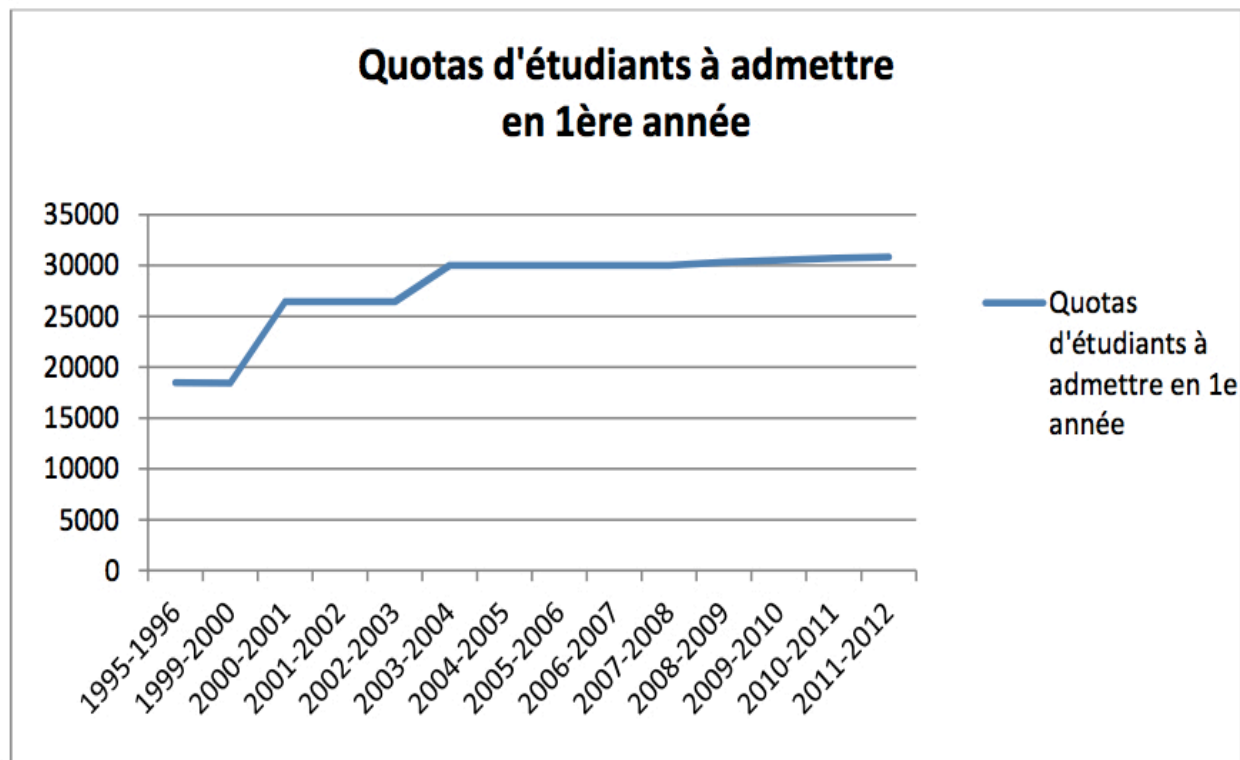
ANNEXE VIII : GUIDE D'ENTRETIEN POUR DRH, CADRES, DSIF, DSES

ANNEXE IX : GUIDE D'ENTRETIEN POUR ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS ET INFIRMIERS NOVICES

ANNEXE X : LES CONDITIONS DE LA QVT

ANNEXE I : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ETUDIANTS A ADMETTRE EN IFSI

Evolution du nombre d'étudiants à admettre en 1^{er} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier



Année scolaire	1995-1996	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Nombre d'étudiants à admettre	18 466	18 436	26 436	26 436	26 436	30 000	30 000
Année scolaire	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre d'étudiants à admettre	30 000	30 000	30 000	30 342	30 514	30 739	30 846

(Source : enquête FHP octobre 2011)

ANNEXE II : RÉPARTITION DES INSCRITS 2016 INFIRMIERS

	Année d'étude	Session	Effectif Total				
			Femmes	Hommes	Total	Dont étrangers	
Effectif Total	1 ^{ère}	1 ^{ère}	2 652	579	3 231	23	
		2 ^{ème}	23 258	4 764	28 022	346	
		Total	25 910	5 343	31 253	369	
	2 ^{ème}	1 ^{ère}	2 823	610	3 433	29	
		2 ^{ème}	22 431	4 318	26 749	312	
		Total	25 254	4 928	30 182	341	
	3 ^{ème}	1 ^{ère}	3 049	629	3 678	18	
		2 ^{ème}	22 554	4 619	27 173	296	
		Total	25 603	5 248	30 851	314	
	Total			76 767	15 519	92 286	1 037

	Femmes	Hommes	Total
Dont allègement ou réduction de scolarité (suite à VAE partielle ou hors VAE)	1 692	258	1 950

TABLEAU 1C - DIPLOMES DÉLIVRÉS

	Session	Femmes	Hommes	Total
Nombre de présentés hors VAE	1 ^{ère}	20 324	3 719	24 040
	2 ^{ème}	2 686	722	3 408
	Total	23 010	4 441	27 448
Nombre de reçus hors VAE	1 ^{ère}	19 298	3 442	22 740
	2 ^{ème}	2 496	658	3 154
	Total	21 794	4 100	25 894
Nombre de présentés après VAE puis parcours de formation	1 ^{ère}	115	21	136
	2 ^{ème}	94	7	101
	Total	209	28	237
Nombre de reçus après VAE puis parcours de formation	1 ^{ère}	106	20	126
	2 ^{ème}	85	6	91
	Total	191	26	217

TABLEAU 1D - SELECTION A L'ENTREE

	Femmes	Hommes	Total
Nombre de candidats ayant passé les épreuves de sélection ou déposé un dossier*	147 293	27 264	174 557
Nombre de candidats admis suite à ces épreuves de sélection	44 739	8 278	53 017

*certains établissements ont des épreuves communes, doublons possibles

TABLEAU 1E - STATUT JURIDIQUE DES ETABLISSEMENTS

Public	Privé non lucratif	Autre privé	Total
267	59	0	326

(Sources DREES 2016)

ANNEXE III : LES STATISTIQUES DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

Infirmiers	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
France entière	507 338	528 206	547 676	567 363	595 394	616 573	638 248	660 611	681 459	700 988
Libéraux ou mixte	76 837	80 842	86 185	91 631	97 485	103 309	109 925	116 800	122 341	123 821
	15,15%	15,31%	15,74%	16,15%	16,37%	16,76%	17,22%	17,68%	17,95%	17,66%
Salariés hospitaliers	358 742	370 109	379 132	388 666	404 549	414 826	424 258	434 302	444 614	456 830
	70,71%	70,07%	69,23%	68,50%	67,95%	67,28%	66,47%	65,74%	65,24%	65,17%
Autres salariés	71 759	77 255	82 359	87 066	93 360	98 438	104 065	109 509	114 504	120 337
	14,14%	14,63%	15,04%	15,35%	15,68%	15,97%	16,30%	16,58%	16,80%	17,17%

Infirmiers	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
France entière	507 338	528 206	547 676	567 363	595 394	616 573	638 248	660 611	681 459	700 988
Libéraux ou mixte	76 837	80 842	86 185	91 631	97 485	103 309	109 925	116 800	122 341	123 821
Salariés hospitaliers	358 742	370 109	379 132	388 666	404 549	414 826	424 258	434 302	444 614	456 830
Autres salariés	71 759	77 255	82 359	87 066	93 360	98 438	104 065	109 509	114 504	120 337


Infirmiers	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Libéraux ou mixte	76 837	80 842	86 185	91 631	97 485	103 309	109 925	116 800	122 341	123 821
Salariés hospitaliers	358 742	370 109	379 132	388 666	404 549	414 826	424 258	434 302	444 614	456 830
Autres salariés	71 759	77 255	82 359	87 066	93 360	98 438	104 065	109 509	114 504	120 337

Synthèse des chiffres pour les paramédicaux

	Infirmiers 2009->2018	MK 2009->2016	Ergothérapeute 2009->2018	MERM 2009->2018	TECH LABO 2013->2018	Diététiciennes 2009->2018	Psychomotriciens 2009->2018	Orthophonistes 2009->2018	Orthoptistes 2009->2018
France entière	193 650	17 742	5 020	8 468	18 307	6 188	5 450	6 637	1 726
Libéraux ou mixte	2,51%	0,66%	7,85%	/	0,02%	16,50%	10,35%	1,23%	-10,00%
Salariés hospitaliers	-5,54%	-0,86%	-9,89%	2,32%	0,67%	-15,19%	-5,12%	-0,21%	3,78%
Autres salariés	3,03%	0,20%	2,05%	-2,32%	-0,68%	-1,31%	-5,24%	-1,01%	6,21%

(Rapport DREES de Mai 2018 -Numéro 1062)

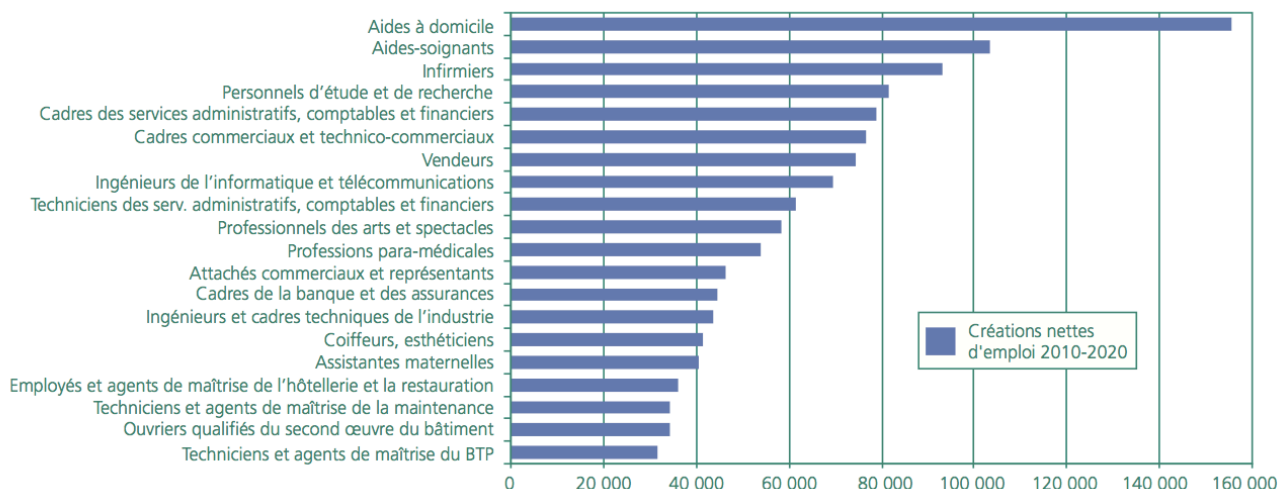
ANNEXE IV : LES DIFFÉRENTS MODES D'EXERCICE

Ensemble des modes d'exercice globaux	Libéraux ou mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés	
SECTEUR ACTIVITÉ 	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓
Ensemble des secteurs d'activité	700 988	123 821	456 830	120 337
Hôpitaux publics	345 618	1 055	344 563	0
Établissement de santé privé ESPIC	38 522	742	37 780	0
Établissement de santé privé lucratif	76 000	1 513	74 487	0
Centres de santé	7 459	151	0	7 308
Cabinet individuel	69 048	68 449	0	599
Cabinet de groupe ou société	50 114	49 530	0	584
Entreprise d'intérim	19 378	274	0	19 104
Prévention et soins en entreprise	3 727	29	0	3 698
Santé scolaire & universitaire	5 463	27	0	5 436
P.M.I Planification familiale	2 081	7	0	2 074
Établissement pour handicapés	8 521	134	0	8 387
Établissement personnes âgées	37 176	512	0	36 664
Établissement aide à la famille	2 398	5	0	2 393
Étab. enseignement et formation prof. (privé)	4 189	30	0	4 159
Établissement protection enfance	533	7	0	526
Établissement hébergement réadaptation	781	13	0	768
Organisme de Sécurité sociale	441	4	0	437
Ministère et services déconcentrés	2 237	10	0	2 227
Collectivités territoriales autres que PMI	4 986	19	0	4 967
Associations et organismes humanitaires	1 155	24	0	1 131
Laboratoires d'analyses biomédicales (LABM)	3 043	41	0	3 002
Autre établissement sanitaire	5 439	79	0	5 360
Centre de dialyse	3 621	113	0	3 508
Autres secteurs	9 058	1 053	0	8 005

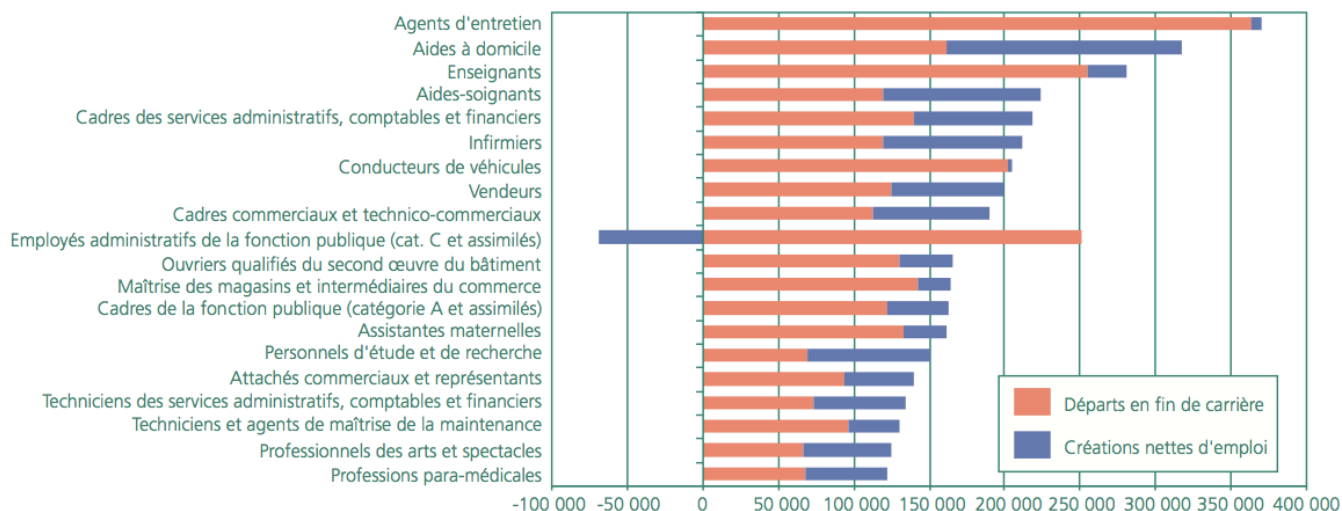
(Rapport DREES de Mai 2018 -Numéro 1062)

ANNEXE V : COMPARATIF CREATION D'EMPLOIS ET POSTES A POURVOIR

Graphique 3 • **Métiers bénéficiant des plus importants volumes de créations d'emploi entre 2010 et 2020**



Graphique 4 • **Métiers qui offriraient le plus de postes à pourvoir entre 2010 et 2020**



(Source DARES analyses, mars 2012)

ANNEXE VI : SYNTHÈSE : LES 5 AXES MAJEURS DE LA LOI RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

Axe 1 : Promouvoir un dialogue social plus stratégique dans le respect des garanties des agents publics

- Renforcer la gouvernance du dialogue social au niveau inter-fonctions publiques et par versant
- Créer une instance unique (le comité social) pour développer une vision intégrée des politiques de ressources humaines et des conditions de travail (fusion CT/CHSCT)
- Réorganiser les CAP pour un meilleur accompagnement des situations individuelles complexes
- Développer le recours à la négociation collective dans la fonction publique

Axe 2 : Développer les leviers managériaux pour une action publique plus réactive et plus efficace

- Élargir le recours au contrat sur les emplois de direction de l'État et de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et des établissements relevant de la fonction publique hospitalière
- Création d'un nouveau CDD « de projet » dans les trois versants pour permettre la mobilisation de compétences externes pour la conduite ou la mise en œuvre d'un projet
- Autoriser le recrutement par voie de contrat sur les emplois permanents de catégories A, B et C, par dérogation au principe de l'occupation des emplois permanents par des fonctionnaires au sein de la FPE (à l'instar de la FPH)
- Développement du recours au contrat sur emploi permanent pour faire face au besoin à temps non complet dans la FPT
- Faciliter et accélérer les mouvements de mutation des fonctionnaires de l'État
- Généralisation de l'évaluation individuelle en lieu et place de la notation dans les trois versants
- Sécuriser la rémunération des agents contractuels recrutés sur emplois permanents, et prendre en compte, comme pour les fonctionnaires, leur engagement et leurs résultats individuels et collectifs
- Mieux reconnaître les mérites individuels dans les procédures d'avancement et de promotion au choix dans les trois versants
- Moderniser et harmoniser l'échelle des sanctions entre les trois versants de la FP.

Axe 3 : Simplifier et garantir la transparence et l'équité du cadre de gestion des agents publics

- Garantir l'égal accès aux emplois publics et la transparence sur les procédures de recrutement hors concours
- Renforcer la transparence et l'équité des règles en matière de contrôle déontologique
- Simplifier et moderniser les règles relatives à la protection de la santé et de la sécurité des agents publics
- Harmoniser le temps de travail dans la fonction publique
- Garantir la transparence sur les ressources du CNFPT + possibilité de fusion de CDG FPT
- Déconcentrer et simplifier la GRH dans la FPH

Axe 4 : Favoriser la mobilité et accompagner les transitions professionnelles des agents publics dans la fonction publique et le secteur privé

- Garantir la portabilité des droits CPF en cas de mobilité entre les secteurs public et privé
- Fluidifier la mobilité des fonctionnaires FPE
- Durée d'affectation - FPE
- Création d'une portabilité du CDI en inter-versants
- Favoriser la rupture conventionnelle de la relation de travail et droit à l'allocation de retour à l'emploi
- Création d'un dispositif global d'accompagnement des agents dont l'emploi est supprimé dans le cadre d'une restructuration (FPE + FPH)
- Création d'un mécanisme de détachement automatique et de « sac à dos social » pour les fonctionnaires concernés par l'externalisation de leur service ou de leur mission

Axe 5 : Renforcer l'égalité professionnelle dans la fonction publique

- Obligation de plans d'action « égalité professionnelle » d'ici à 2020
- Extension et renforcement du dispositif de nominations équilibrées sur les emplois de direction
- Sécurisation des règles de composition équilibrée et de présidence alternée pour les jurys et comités de sélection
- Inapplication du jour de carence pour les congés maladie liés à la grossesse + maintien des primes FPT en cas de congé maternité
- Maintien des droits à l'avancement – promotion en cas de congé parental et de disponibilité de droit pour élever un enfant et promotion équilibrée
- Favoriser le déroulement de carrière des personnes en situation de handicap
- Dispositions transitoires

Schéma de qualité de Donabedian

L'équilibre entre les risques et les bénéfices pour la santé définit la qualité des soins qui est liée à l'utilisation des services médicaux et des ressources

Donabedian propose d'évaluer 3 trois éléments du système de santé : sa structure, les processus et le résultat

- Les **Structures** : aspects physiques et l'organisation des soins : ressources humaines et financières, infrastructures et équipement

- Les **Processus** des soins : en relation avec les structures fournissant les ressources et mécanismes nécessaires personnel soignant

- Les processus ont 2 composantes : les *interventions* (ce qui est fait) Les *services* (comment c'est fait)

- Le **Résultat** est "le changement dans la santé du patient présente ou future qui peut être attribué au soin de santé reçu " Ceci inclut les fonctions sociales et physiologiques de même que les performances physiques et physiologiques.

Les trois aspects mesurables de la qualité: structures, processus et résultats sont intimement liés



ANNEXE VIII : GRILLE D'ENTRETIEN pour DRH, CADRES, DSIF, DSES

Questions afin de situer le professionnel :

- Décrivez moi votre parcours professionnel
(Depuis quand êtes-vous diplômé ? Infirmier ? Cadre de santé ? Directeur des soins ?)
- Qu'est-ce qui vous a amené à devenir directeur des soins en IFSI ? en gestion ?
(Quelle est votre ancienneté dans votre profession ?)
- Quelle est votre ancienneté dans la structure actuelle ?

Questions afin de situer le contexte :

- Pouvez-vous me définir ce que signifie le terme « attractivité » d'un établissement de santé ?
- Quels sont, selon vous, les facteurs d'attractivité d'un éts (dans un contexte de recrutement des professionnels infirmiers novices)?
Question de relance : Quelles sont les actions, moyens d'attractivité mis en place pour les professionnels infirmiers novices mis en place dans votre établissement ? (cf liste)
- Quelles sont selon vous les attentes des futurs professionnels infirmiers (étudiants L3) vis-à-vis d'un établissement en terme d'attractivité dans sa politique de recrutement ?
- (DS gestion) Pouvez-vous m'expliquer quelles sont vos attentes en tant que CGS lors d'un recrutement d'un infirmier novice ?
- Selon vous quels sont les moyens, actions à mettre en œuvre pour permettre la professionnalisation des infirmiers novices ? (tutorat, livret d'accueil, politique d'intégration..)
Question de relance : Comment qualifieriez-vous la place de l'alternance dans la formation des étudiants infirmiers ?
- Selon vous, en quoi la collaboration du directeur des soins IFSI et gestion permet de promouvoir une politique d'attractivité des professionnels infirmiers novices au sein de l'établissement ?
QR : Comment concevez-vous ou vivez-vous le partenariat IFSI- terrains ? Comment travaillez-vous ensemble ? (les moyens mis en place : encadrement en stage, parcours de stage en vue de professionnaliser, tutorat ?
- Selon vous, quel type de management du CGS permet l'attractivité d'un établissement pour les infirmiers novices ? (reconnaissance du rôle du CGS dans la dynamique d'établissement, encouragement du dvpt de l'engagement des professionnels dans la démarche de soin, la qualité des soins, projet de soins, Affirmer le leadership, collaboration avec les autres directions...)
QR : Est-ce que le projet managérial de l'établissement peut être un gage de réussite du recrutement des professionnels paramédicaux infirmiers novices ?

QR : Est-ce que la collaboration DRH-DS permet de développer une stratégie d'attractivité des futurs professionnels infirmiers novices en vue de les fidéliser au sein de l'établissement ? En quoi ?

Liste : les actions, les moyens de fidélisation des professionnels infirmiers au sein de votre établissement :

1. valorisation des compétences
 - développement professionnel (réfèrent douleur...)
 - participation à des groupes de travail, reconnaissance de l'expertise
 - GPMC
 - pratiques avancées
2. évolution professionnelle
 - programme de formation, formation continue
 - soutien de mobilité interne
3. conditions de travail
 - aménagement temps de travail
 - politique d'accueil jeunes enfants du personnel, aide au logement...)
4. recherche en soins, projet de soins
5. communication, établir des partenariats

ANNEXE IX : GRILLE D'ENTRETIEN POUR ETUDIANTS ET INFIRMIERS NOVICES

Questions afin de situer l'étudiant :

- Décrivez moi votre parcours étudiant (étude promotionnelle, sortie bachelier ?...)
- Qu'est-ce qui vous a amené à devenir infirmier ? Quel est votre projet professionnel ?

Questions afin de situer le contexte :

- Selon vous, qu'est ce qui rend un établissement attractif ? (définir le terme et les facteurs d'attractivité)
- Quelles sont vos attentes envers un établissement lors de votre recrutement en tant que futur professionnel?
- Comment selon vous peut-on fidéliser les professionnels infirmiers ? Quelles sont vos attentes ?
- Selon vous, quels sont les moyens, actions à mettre en œuvre pour permettre la professionnalisation des infirmiers novices ? (tutorat, livret d'accueil, politique d'intégration..)

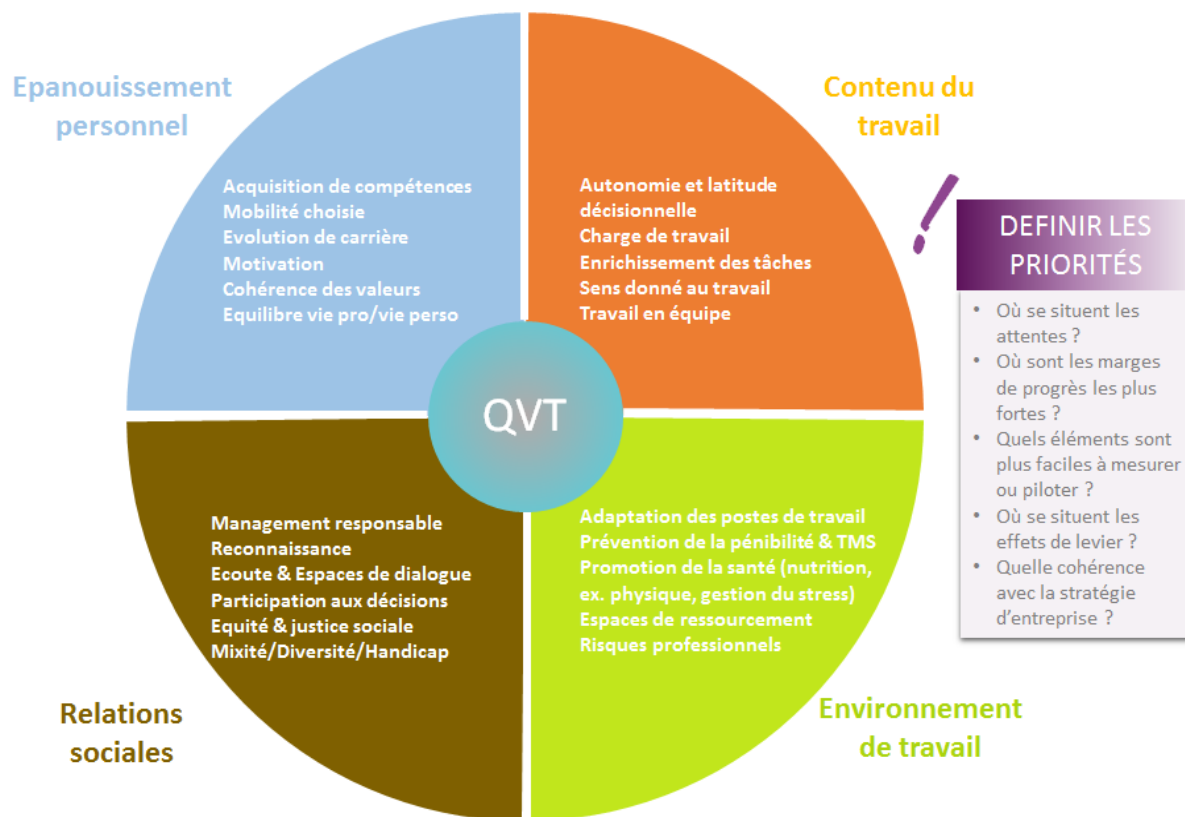
QR : Selon vous, est ce que le partenariat IFSI-terrain permet de vous professionnaliser? Si oui, comment ?

- Selon vous, quelles sont les attentes de la direction des soins lors d'un recrutement infirmier novice ?
- Quelles sont les actions, les moyens de fidélisation des professionnels infirmiers au sein de votre établissement ?

Exemple de guide :

1. valorisation des compétences
 - développement professionnel (réfèrent douleur...)
 - participation à des groupes de travail, reconnaissance de l'expertise
 - GPMC
 - pratiques avancées
2. évolution professionnelle
 - programme de formation, formation continue
 - soutien de mobilité interne
3. conditions de travail
 - aménagement temps de travail
 - politique d'accueil jeunes enfants du personnel, aide au logement...)
4. recherche en soins, projet de soins
5. communication, établir des partenariats

ANNEXE X : LES CONDITIONS DE LA QVT



(Source ANACT) <https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

BERNARD

Aurélie

Décembre 2019

Filière directeur des soins

Promotion 2019

Attractivité et fidélisation des infirmiers novices : les axes stratégiques du Directeur des Soins.

Résumé :

Partant du constat qu'il s'agit aujourd'hui de faire face à la pénurie des professionnels de santé pour certains métiers dits sensibles, ce mémoire professionnel tente d'identifier les facteurs d'attractivité et de fidélisation des infirmiers novices au sein d'un établissement de santé.

Nous nous sommes interrogés tout d'abord sur les caractéristiques du modèle du « *magnet hospital* » et ensuite sur la stratégie du Directeur des Soins concernant la thématique.

Au-delà de la vérification des hypothèses formulées, l'étude qualitative a permis de recueillir des éléments d'analyse susceptibles d'être des facteurs de réussite et nous a conduit à identifier les axes stratégiques du directeur des soins partagés avec les acteurs. C'est dans la rencontre des compétences avec ses collaborateurs, au travers de la co-construction, de la coopération, que l'efficacité d'une organisation peut émerger.

Ainsi, nous proposons des préconisations et des perspectives d'actions sur les caractéristiques organisationnelles et managériales favorables à la fidélisation et l'attractivité des infirmiers au sein des établissements de santé et à l'échelle du territoire.

Mots clés :

Attractivité - Fidélisation - Magnet Hospital - Collaboration - Leadership

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.