

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**Turn-over des infirmières en Ile-de-France :
Quelles stratégies des Directeurs des Soins
pour recruter et fidéliser ?**

Corinne Sliwka

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les professionnels et futurs professionnels, que j'ai interviewés dans le cadre de ce mémoire, pour leur disponibilité et la qualité des échanges : les étudiants en soins infirmiers, les infirmières¹, les cadres de santé, les directeurs et coordonnateurs des soins, ainsi que les directeurs des ressources humaines.

Leur contribution a été déterminante pour ma réflexion et la production de cet écrit.

¹ Lire partout infirmiers et infirmières

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
1.1	LES CONSTATS	2
1.2	LA PROBLEMATIQUE	3
1.3	L'INTERET DU THEME POUR LE DIRECTEUR DES SOINS	4
1.4	LES HYPOTHESES	5
2	APPROCHE THEORIQUE DU TURN-OVER DES INFIRMIERES ET DU ROLE DES DIRIGEANTS ET CADRES DANS LEUR RECRUTEMENT ET FIDELISATION	7
2.1	LE CONTEXTE HOSPITALIER	7
2.1.1	L'HOPITAL EN CE DEBUT DE XXI ^e SIECLE : ENTRE CRISE FONCTIONNELLE ET FINANCIERE ET PROJET DE NOUVELLE GOUVERNANCE	7
2.1.2	LA SITUATION DES INFIRMIERES EN 2005 : UN MODE D'EXERCICE ESSENTIELLEMENT HOSPITALIER ET UNE POSITION SOCIALE FRAGILE	8
2.2	LE TURN-OVER ET LA MOBILITE EN ILE-DE-FRANCE	11
2.2.1	TURN-OVER ET MOBILITE : DEFINITIONS	11
2.2.2	LES CARACTERISTIQUES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION FRANCILIENNE	11
2.2.3	LA PENURIE DES SOIGNANTS ET DES INFIRMIERES EN PARTICULIER	12
2.2.4	LA SATISFACTION DES INFIRMIERES AU TRAVAIL : UN BILAN PSYCHODYNAMIQUE MITIGE	13
2.2.5	LE COMPORTEMENT SOCIOPROFESSIONNEL DES JEUNES INFIRMIERES	14
2.3	L'EXPERIENCE DES PAYS ETRANGERS PRECEDEMMENT CONFRONTES A LA PENURIE DES INFIRMIERES	16
2.3.1	LES HOPITAUX MAGNETIQUES D'AMERIQUE DU NORD	16
2.3.2	LE ROLE DETERMINANT DES MANAGERS EN BELGIQUE	18
2.3.3	UN SYSTEME DE CERTIFICATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL AU ROYAUME UNI	19
2.4	LE RECRUTEMENT ET LA FIDELISATION : QUELLES CONDITIONS DE REUSSITE ?	20
2.4.1	LE DEPLOIEMENT D'UNE POLITIQUE DE RECRUTEMENT : DE L'EMBAUCHE A L'INTEGRATION	20
2.4.2	LA PLACE DE L'AUTONOMIE ET DU CHOIX DANS LA FIDELISATION DES SALARIES	22
2.4.3	LA FORMATION ET LE DEVELOPPEMENT DE COMPETENCES	23
2.4.4	L'ATTENTION PORTEE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL ET A LA SANTE AU TRAVAIL	25
2.4.5	LE MANAGEMENT DE LA CONFIANCE	26
2.5	SYNTHESE DE L'APPROCHE THEORIQUE	28

3	<u>APPROCHE COMPREHENSIVE PAR ENQUETE</u>	29
3.1	LE CADRE DE L'ENQUETE	29
3.2	FORCES ET LIMITES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE	30
3.3	LES RESULTATS	30
3.3.1	LES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS	30
3.3.2	LES INFIRMIERES	32
3.3.3	LES CADRES DE SANTE	34
3.3.4	LES DIRECTEURS DES SOINS	37
3.3.5	LES DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES	40
3.4	SYNTHESE DE L'ENQUETE ET VERIFICATION DES HYPOTHESES	42
4	<u>DIX PRECONISATIONS POUR LE DIRECTEUR DES SOINS</u>	45
4.1	COMMUNIQUER SUR L'ETABLISSEMENT, SES OBJECTIFS ET SA QUALITE DES SOINS	45
4.1.1	METTRE EN PLACE UN LEADERSHIP VISIONNAIRE	45
4.1.2	COMMUNIQUER SUR LES REALISATIONS DU SERVICE DES SOINS	45
4.1.3	RESPONSABILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS SOIGNANTS	46
4.2	COLLABORER AVEC LE DRH A L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT	46
4.2.1	CONSTRUIRE UNE NECESSAIRE COLLABORATION AVEC LE DRH	46
4.2.2	PROFESSIONNALISER LE RECRUTEMENT ET IMPLIQUER LES CADRES DE SANTE	47
4.2.3	REVISITER L'ACCUEIL DES NOUVEAUX PERSONNELS	47
4.2.3	REDONNER SA PLACE A L'EVALUATION	47
4.3	ACCUEILLIR POSITIVEMENT LA RELEVÉ ET ACCORDER UNE PLACE AUX NOUVEAUX	48
4.3.1	ACCUEILLIR POSITIVEMENT LES DIFFERENCES INTERGENERATIONNELLES	48
4.3.2	CONFIER DES RESPONSABILITES AUX JEUNES PROFESSIONNELS	48
4.4	PROPOSER UNE INTEGRATION PERSONNALISEE	48
4.4.1	DEFINIR UN SCHEMA COMMUN A TOUS LES SECTEURS	48
4.4.2	PROPOSER UNE INTEGRATION INDIVIDUALISEE	49
4.5	SOUTENIR LA FORMATION ET DEVELOPPER LES COMPETENCES	50
4.5.1	INSTAURER UN CLIMAT DE CULTURE D'APPRENTISSAGE ET PROMOUVOIR LA FORMATION PERMANENTE	50
4.5.2	PROPOSER UN PLAN DE DEVELOPPEMENT PERSONNALISE	50
4.6	FAVORISER L'ACCOMPLISSEMENT DU PROJET PROFESSIONNEL	50
4.6.1	FAIRE EMERGER LES PROJETS PROFESSIONNELS	50

4.6.2	ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS AYANT UN PROJET	51
4.7	REORGANISER LE TRAVAIL INFIRMIER ET VEILLER AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	51
4.7.1	OPTIMISER LES RESSOURCES HUMAINES	51
4.7.2	VEILLER AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	52
4.7.3	OPTIMISER LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT	53
4.8	GARANTIR LA SANTE AU TRAVAIL ET DIMINUER LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	53
4.8.1	AIDER A SUPPORTER LE CONTENU EMOTIONNEL DU TRAVAIL	53
4.8.2	DIMINUER LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	54
4.9	FAVORISER UN MANAGEMENT INTERGENERATIONNEL ET DE CONFIANCE	54
4.9.1	FAVORISER LA MISE EN PLACE D'UN MANAGEMENT INTERGENERATIONNEL	54
4.9.2	RENOVER LA PARTICIPATION ET LA CONFIANCE	55
4.10	METTRE EN PLACE UNE COLLABORATION INTER ETABLISSEMENTS FACILITANT LA MOBILITE	56
4.10.1	RENFORCER LE PARTENARIAT AVEC LES CENTRES DE FORMATION	56
4.10.2	INSTITUER UNE COLLABORATION INTER-ETABLISSEMENTS	56
5	CONCLUSION	57
6	BIBLIOGRAPHIE	59
7	LISTE DES ANNEXES	I
	ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINE AUX JEUNES INFIRMIERES	II
	ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE	III
	ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINE AUX DIRECTEURS DES SOINS	IV
	ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS DE TROISIEME ANNEE	V
	ANNEXE V : RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DESTINES AUX ETUDIANTS DE TROISIEME ANNEE	VII

LISTE DES SIGLES UTILISES

AFDS :	Association Française des Directeurs des Soins
AP-HP :	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARHIF :	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
CA :	Conseil d'Administration
C2R :	Centre Régional de Ressources en Santé
CHSCT :	Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DH :	Directeur d'Hôpital
DRASSIF :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
DS :	Directeur des Soins
EPS :	Etablissement Public de Santé
ESI :	Etudiant en Soins Infirmiers
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IDE :	Infirmier(ière) Diplômé(e) d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MCO :	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
ODIS :	Observatoire du Dialogue Social
PSPH :	(Etablissement) Participant au Service Public Hospitalier
T2A :	Tarifification A l'Activité
UHRIF :	Union Hospitalière de la Région d'Ile-de-France
VAE :	Validation des Acquis de l'Expérience

1 INTRODUCTION

437 525 infirmières travaillent en France métropolitaine, dont 322 477, en milieu hospitalier². Depuis trente ans, leur nombre n'a cessé de croître.

En effet, deux principaux facteurs contribuent à une augmentation de la demande de personnels infirmiers. Le travail, tout d'abord, se complexifie multipliant les interfaces et le nombre d'intervenants. L'offre de soins évolue ensuite, marquée d'une part par une facilitation d'accès, et d'autre part par le vieillissement de la population et la transformation des comportements des usagers.

Par ailleurs, le nombre de départ à la retraite chaque année de plus en plus important depuis 1993 (7 900 départs de personnels infirmiers en 2002), la mobilité géographique accrue des professionnels de santé ou bien encore la mise en place de la réduction du temps de travail des personnels de jour en 2002 et de celle de nuit en 2004 ont contribué à majorer cette demande. Aussi, le différentiel entre le nombre d'entrées dans la profession et le nombre de sorties est-il aujourd'hui négatif, engendrant de sérieuses difficultés de recrutement.

Dans ce contexte, on peut évoquer une pénurie d'infirmières : quantitative, en premier lieu, même si les quotas du nombre d'étudiants admis en formation ont été considérablement revus à la hausse ; mais aussi distributive, comme en témoignent les disparités géographiques entre zones urbaines et rurales, entre Sud et Nord de l'hexagone, entre secteur public et privé.

Au total, l'hôpital souffre aujourd'hui d'une pénurie d'infirmières, de l'ordre de 12 000 à 15 000 unités et la situation est particulièrement aiguë en Ile-de-France.

On observe par ailleurs, outre la mobilité renforcée des infirmières au plan national, un important turn-over sur Paris et sa région.

Par conséquent, devant ce phénomène de pénurie et de mobilité conjuguée des professionnels de santé, nous nous interrogerons sur les causes et tenterons de formuler de possibles préconisations.

Notre souhait est en effet de traiter dans ce mémoire des stratégies développées par les directeurs des soins (DS), pour attirer et fidéliser les professionnels infirmiers, en Ile-de-France.

² Les professionnels de santé au 1^{ier} janvier 2004, DREES N°68, juillet 2004

1.1 LES CONSTATS

Les constats que nous pouvons d'ores et déjà poser sont les suivants :

- Il existerait actuellement, selon une enquête réalisée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF), près de 6 000 postes vacants dans les établissements sanitaires de la région parisienne, dont la moitié constituée de postes infirmiers. A titre d'exemple, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) rencontre aujourd'hui des difficultés de recrutement, qui ont pour effet de limiter son offre de soins. Face à cette situation et pour la première fois, une campagne de recrutement a été lancée lors du dernier salon infirmier, qui s'est tenu en novembre 2004. Le slogan donne le ton : « Votre carrière est vitale, rendez la capitale ».
- L'ARHIF a réalisé en septembre 2004, par le biais du Centre Régional de Ressources en Santé (C2R Santé), une enquête auprès des établissements franciliens pour connaître leurs principales préoccupations. Celles-ci sont par ordre de priorité le recrutement, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), le retour à l'équilibre financier et l'attractivité.
- Il faut mentionner que les conditions de vie en Ile-de-France comportent un certain nombre de contraintes en matière de logement, transports et gardes d'enfants. De nombreux professionnels font en effet le choix d'aller s'établir en province, soit au terme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmière, avant même la prise de poste, soit au cours de la carrière. Sur les étudiants en soins infirmiers effectuant leurs études en Ile-de-France, 12% d'entre eux partent ensuite, notamment vers la Bretagne et les pays de Loire. Y. BERLAND a, quant à lui, décrit « l'héliotropisme des soignants » dans son premier rapport de novembre 2002, portant sur la démographie des professionnels de santé. Il y démontre que certains établissements de santé connaissent des difficultés de recrutement, car des infirmières ont opéré une mobilité géographique vers les régions de France, les plus clémentes au plan climatique. A l'inverse, une désertification des zones rurales est en train d'apparaître. Toutefois, la situation géographique d'un établissement n'est pas le seul facteur déterminant dans le recrutement et la fidélisation de ces personnels. Certains établissements présentent en effet une forte attractivité des personnels, indépendamment de leur localisation.
- Les étudiants qui le souhaitent effectuent en fin de cursus un stage, durant lequel ils peuvent percevoir une indemnité supplémentaire, dès lors qu'ils s'engagent à travailler dans l'établissement du stage. Toutefois, cette mesure est un facteur de fidélisation à court terme, car certains quittent l'Ile-de-France au terme de leur engagement. De même, le stage de projet professionnel, d'une durée de huit à douze semaines en fin de formation, a été créé par l'arrêté du 28 septembre 2001 pour devenir un stage de pré-recrutement si l'étudiant s'engage à passer le concours sur titre d'infirmier dans

l'établissement où il effectue le stage. En contrepartie, il reçoit une indemnité de trente euros par semaine.

- En dépit de la réduction du temps de travail, (35 heures hebdomadaires de jour et 32 heures 30 de nuit), l'absentéisme est important chez les soignants et majore sensiblement les difficultés de fonctionnement dans certains établissements. Cet absentéisme, bien que variable selon les hôpitaux et les catégories professionnelles, est de l'ordre de vingt jours par an chez les infirmières.

- On trouve encore des infirmières dans les entreprises d'intérim (environ 9 000 personnes, dont un tiers âgé de 25 à 29 ans). Certaines font en effet le choix de travailler, lorsqu'elles le souhaitent et où elles le souhaitent. D'autres cumulent probablement dans une période de crise plusieurs emplois. Quoi qu'il en soit, l'exercice en établissement semble moins prisé par les tranches les plus jeunes de la population.

- De même, bien que les quotas aient été considérablement augmentés dans les centres de formation en soins infirmiers, passant de 18 000 à 30 000 étudiants par an, les promotions de nouvelles recrues ne parviennent pas à se remplir. La profession d'infirmière semble devenue moins attractive.

- Les jeunes professionnels sont devenus exigeants quant à leurs conditions de travail et l'on observe, dans une période d'offre pléthorique de postes, une forme de nomadisme de ceux qui n'hésitent pas à changer d'établissements en cas d'insatisfaction. Il s'ensuit une certaine lassitude des équipes soignantes à encadrer de nouvelles recrues, qui ne vont rester qu'un temps dans les services et une rupture entre les juniors et les seniors quant à la valeur «travail», ce phénomène n'étant certes pas spécifique de la communauté hospitalière.

1.2 LA PROBLEMATIQUE

Les questions sont nombreuses et portent sur le recrutement, l'affectation dans les services, la fidélisation, la gestion des départs et analyse de leurs causes.

- Quelle est l'importance de la renommée d'un établissement et la place du projet de soins sur le recrutement ?
- Quel est l'impact de la qualité des soins sur les perceptions des postulants ?
- Quel est l'impact de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et du projet social (formation continue, prise en compte du projet professionnel...) sur le recrutement et la fidélisation ?
- Quels sont les stratégies pour retenir les personnels soignants dans un établissement ? Dans un service ?
- Quelles sont les attentes et les exigences des jeunes diplômés vis-à-vis de leur premier poste ?

Toutefois, nous ferons le choix de retenir comme question centrale, celle du turn-over des jeunes infirmières en Ile-de-France, que nous formulerons comme suit :

Pourquoi les jeunes professionnels infirmiers, en Ile-de-France, ne restent-ils pas durablement dans leur poste d'affectation ?

1.3 L'INTERET DU THEME POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

Le thème relève des missions et responsabilités du directeur des soins, conformément au décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, qui stipule notamment qu' :

- Il participe à la gestion des personnels des activités de soins, dont il propose l'affectation (alinéa 4) : Il affecte dans les services les personnes, qu'il contribue à recruter et garantit le niveau de compétences des personnels placés sous sa responsabilité.
- Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers...et en assure l'animation et l'encadrement (alinéa 1) : il dynamise l'équipe d'encadrement sur les problématiques, telles que celle du recrutement des infirmières, et détermine avec elle les mesures les plus adaptées à mettre en place au sein des différents secteurs.
- Il participe avec le corps médical...à la conception, l'organisation et l'évolution des services et activités de soins (alinéa 3) : il porte son attention sur les conditions de travail et la santé au travail des personnels et veille à leur amélioration.
- Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins (alinéa 6) : Il impulse une dynamique de projets et vise l'amélioration continue des pratiques, par la mise en place d'un management participatif.

1.4 LES HYPOTHESES

Nous envisagerons le terme de recrutement dans son acception la plus large : le recrutement sera abordé comme un processus visant à embaucher une personne sur la base des compétences développées dans son parcours professionnel et à l'accompagner pour faciliter son intégration à une nouvelle équipe dans un environnement donné. Le recrutement comprend donc l'embauche, l'accueil, l'intégration et le suivi du nouvel agent. Les hypothèses que nous formulons sont au nombre de quatre :

- 1) Les jeunes professionnels de santé ont un rapport au travail, reposant sur une articulation harmonieuse entre vie professionnelle et vie privée. Ils considèrent également comme essentielles leurs conditions de travail.
- 2) L'accueil réservé aux nouveaux personnels, ainsi que le dispositif d'intégration proposé par l'encadrement paramédical sont déterminants pour retenir durablement de jeunes professionnels dans un poste. L'encadrement est en effet un élément pivot de la réussite de la démarche.
- 3) Le management, déployé par les dirigeants et les cadres, est un facteur de réussite de la fidélisation des personnels soignants, à la condition de favoriser notamment le développement des compétences et la dynamique de projets.
- 4) La politique de recrutement, pilotée par le Directeur d'Etablissement et le Directeur des Ressources Humaines et relayée par le Directeur des Soins, renforce l'attractivité des jeunes professionnels de santé.

Par conséquent, nos objectifs pour ce mémoire pourraient être de repérer les moteurs d'orientation, de stabilité et de mobilité des jeunes personnels soignants ; comprendre les liens existant entre management des dirigeants et cadres, et attractivité et fidélisation des personnels ; caractériser les stratégies développées par les directeurs de soins pour attirer et fidéliser les personnels infirmiers ; et envisager les enjeux pour le directeur des soins.

Aussi, notre réflexion comprendra-t-elle plusieurs temps. Nous aurons tout d'abord une approche théorique et tenterons de répondre à notre questionnement par une revue bibliographique. Nous aborderons ainsi les caractéristiques du monde hospitalier aujourd'hui et la situation spécifique des infirmières. Puis, nous relaterons l'expérience de quelques pays étrangers qui ont été confrontés à la pénurie des infirmières, avant d'envisager les réflexions formulées en France. Une enquête conduite ensuite sur le terrain nous permettra de rapporter le point de vue des acteurs concernés par la question de l'attractivité et la fidélisation des infirmières en Ile-de-France. Enfin, ces différentes sources d'informations nous permettront de formuler des préconisations, orientant nos futures pratiques de directeur des soins.

2 APPROCHE THEORIQUE DU TURN-OVER DES INFIRMIERES ET DU ROLE DES DIRIGEANTS ET CADRES DANS LEUR RECRUTEMENT ET FIDELISATION

2.1 LE CONTEXTE HOSPITALIER

Bien que notre système de santé en France soit considéré comme le meilleur, c'est-à-dire le plus performant selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le secteur public hospitalier connaît une crise sérieuse que les différentes réformes tentent de juguler. De plus, les soignants et notamment les infirmières traversent aussi une crise identitaire.

2.1.1 L'hôpital en ce début de XXI^e siècle : entre crise fonctionnelle et financière et projet de nouvelle gouvernance

L'hôpital en ce début de siècle a du mal à s'adapter aux besoins de la population. La raréfaction de ses ressources humaines tant médicales que paramédicales en est l'une des causes. Ainsi, selon R.BARBERYE³, il manquait dans les hôpitaux fin 2003, 40 000 infirmières et 3 500 postes de médecins étaient vacants. La situation, qui est à ce jour un peu moins tendue en raison de la sortie d'infirmières en grand nombre des centres de formation en 2004 et 2005, demeure en revanche préoccupante.

Les besoins des usagers évoluent également. Ainsi, les urgences sont surchargées par des cas sérieux mais également par d'autres, qui le sont moins. L'évolution constante du nombre de passages dans les secteurs d'urgences en témoigne⁴. De plus, les techniques chirurgicales changent considérablement, alors que l'hôpital n'a pas encore pris le virage de la chirurgie ambulatoire. Enfin, les lits de suite manquent cruellement, si bien que les équipes sont parfois conduites à orienter les patients vers des structures spécialisées et coûteuses, susceptibles de les accueillir.

Du point de vue financier, le secteur public a pâti d'un retard important en matière d'investissements en équipements lourds et modernisation de ses locaux. Le coût de l'application du protocole AUBRY a été largement sous-estimé. Autre point, les médicaments sont excessivement onéreux. On note en particulier la forte progression de nouvelles molécules - et ce dans l'intérêt des patients - mais parallèlement la difficile maîtrise de ces dépenses.

³ Inspecteur général des finances et administrateur de l'AP-HP

⁴ 2,7 millions de passages aux urgences en Ile de France en 2000 contre 2,3 en 1997

Enfin, la prolifération de textes réglementaires en matière de sécurité sanitaire conduit à introduire de nouvelles pratiques, sans que les crédits correspondants aient été alloués.

« Lors d'une assemblée générale de l'UHRIF, le directeur de l'AP-HP indiquait que s'il devait appliquer les recommandations d'une inspection de la pharmacie dans 37 hôpitaux, il devrait réaliser 55 millions d'euros d'investissement, créer 4 000 emplois et 45 postes de praticiens hospitaliers... L'objectif n'est pas en cause, mais la judiciarisation croissante du secteur de la santé conduit parfois les responsables à se couvrir sans trop se soucier de la faisabilité des directives données »⁵.

D.COUDREAU dénonce également « le carcan de règles administratives », qui pèse sur l'hôpital, ainsi que le manque de moyens. Selon lui, l'hôpital n'est pas gouverné. Le conseil d'administration est présidé par le maire de la commune et composé d'élus municipaux. Le directeur a peu de latitude en ce qui concerne les rémunérations du personnel, fixées au plan national. Les responsables de secteurs n'ont pas la maîtrise de leurs ressources. Si bien que « le miracle de l'hôpital est d'avancer tous freins serrés »⁶. Dans ce contexte, le projet Hôpital 2007 et la mise en place de la nouvelle gouvernance par anticipation⁷ pourraient être des leviers de changement. La création de pôles relativement autonomes et animés conjointement par un médecin responsable, un cadre soignant et un cadre administratif, devrait par l'apport d'une structure décentralisée, faciliter les prises de décision au plus près du terrain, selon le principe de subsidiarité. De même, la révision du statut des directeurs d'établissement vise à augmenter leurs responsabilités en matière de gestion. Le rôle du conseil d'administration se trouve aussi renforcé de missions de contrôle, d'évaluation et d'audit.

L'année 2006 apportera des informations complémentaires quant aux enjeux et à la mise en place de ces nouvelles mesures dans les établissements hospitaliers.

2.1.2 La situation des infirmières en 2005 : un mode d'exercice essentiellement hospitalier et une position sociale fragile

La situation des soignants est déterminée à partir de données démographiques et sociologiques.

⁵ Barberye R., La crise de l'hôpital public, revue hospitalière de France, N° 495, novembre-décembre 2003, page 39

⁶ Coudreau D., L'hôpital français aujourd'hui, La lettre de la rue Saint-Guillaume, La santé : Etat des lieux, N°133, novembre 2003, page 38

⁷ Circulaire du 13 février 2004

La France compte plus de 400 000 infirmières et les trois quarts d'entre elles exercent en milieu hospitalier⁸. Depuis trente ans, le nombre total d'infirmières a été multiplié par un coefficient 2,4. L'offre de soins certes évolue, mais des changements sociologiques affectent également les besoins en personnels de santé. En effet, « L'accroissement de la demande de soins sous l'effet conjugué de l'élévation du niveau de vie, du vieillissement de la population, de l'accentuation de la médicalisation de la prise en charge et du développement de la prévention est considérable »⁹.

Les établissements de santé sont aussi confrontés au renouvellement de leurs personnels. Les soignants et rééducateurs, en 1999, représentaient en effet 69,5% des 782 649 personnes de la fonction publique hospitalière. Et, selon les études prospectives du ministère de la santé, plus de la moitié de cet effectif partira à la retraite d'ici 2015, le pic des départs se situant en 2012. Concernant de façon plus spécifique le corps d'encadrement, le volume des départs est considérable. Il est respectivement de 85% pour les cadres de santé, 92% pour les DS et 95% pour les cadres supérieurs. Ces données font apparaître un double problème : celui d'une part de la transmission des savoirs et de la préservation de la compétence collective, et celui d'autre part du renouvellement des populations de professionnels de santé, sachant qu'un temps de latence de plusieurs années est nécessaire pour mettre des infirmières diplômées d'état sur le marché.

Cette remarque suppose en outre que les jeunes viennent à la profession d'infirmière comme ils le faisaient dans les décennies précédentes et avec les mêmes motivations. Ce qui n'est pas sûr. « L'hôpital souffre aujourd'hui d'une pénurie d'infirmières... Elle trouve son origine dans des capacités d'accueil insuffisantes des instituts de formation aux soins infirmiers et dans une difficulté à recruter dans un métier qui véhicule une image de pénibilité en contradiction avec une vie familiale normale ».¹⁰ J. DE KERVASDOUE effectue le même constat, lorsqu'il dit : « Les écoles d'infirmières ne sont plus recherchées et les promotions des écoles n'atteignent pas leurs quotas ».¹¹

La sociologie des professions nous apporte des explications et notamment G.JOBERT qui rappelle que qualification, certification et classification dans l'échelle sociale sont étroitement liés. Les infirmières ont « une petite qualification et une petite certification, et par

⁸ 322 477 IDE sur un total de 437 525, Données du ministère de la santé et la protection sociale

⁹ Penaud P., Radiographie des professions de santé, La lettre de la rue Saint-Guillaume, La santé : Etat des lieux, N°133, novembre 2003, page 27

¹⁰ Barberye R., La crise de l'hôpital public, revue hospitalière de France, N° 495, novembre-décembre 2003, page 36

¹¹ De Kervasdoué J., La crise des professionnels de santé, Editions Dunod, 2003, page317

conséquent une petite classification dans l'échelle sociale »¹². En effet, la certification renvoie au savoir fondant la formation. Or, le savoir infirmier pose la question de sa constitution. Empruntant aux sciences médicales, humaines, économiques et politiques, c'est un savoir essentiellement composite. Et la pratique l'est également, partagée entre un exercice d'auxiliaire médical surinvesti et un exercice autonome, fondé sur un travail clinique et un « dirty work », en majorité délégué à d'autres professionnels. « Le sale boulot est toujours renvoyé à la catégorie subalterne, mais la caractérisation de sale boulot peut varier. Les aides-soignantes tentent à leur tour de s'approprier l'espace de la relation au malade et fragilisent le discours professionnel des infirmières qui s'ancre sur les soins dans la relation à la personne ».¹³ Par conséquent, les critères d'une profession - savoir propre, exercice autonome, service déterminant rendu à la société et organisation autour d'un ordre - ne sont guère réunis à ce jour.

De plus, les études en 36 mois dans des centres de formation professionnelle, ne permettent pas actuellement d'opérer un changement d'orientation en cours ou au terme de la formation, ni d'obtenir d'équivalence universitaire. Un projet de création d'une première année universitaire commune à l'ensemble des professionnels de santé est à l'étude, conformément aux propositions émises par M. DEBOUZIE. Par ailleurs, il est envisagé l'opportunité de mettre en place une licence professionnelle, qui permettrait plus facilement l'accès à un second et un troisième cycles universitaires.

Au plan stratégique enfin, la Commission des Soins, créée en 1991, n'a pas eu les impacts escomptés même si les professionnels apprécient cette instance. La mise en place actuelle de la nouvelle gouvernance est à la fois source d'opportunité et d'inquiétude pour les infirmières, car la présence du directeur des soins n'est pas rendue obligatoire au sein du comité exécutif, médico-administratif.

Au total, la faiblesse du statut professionnel, la rotation dans les horaires et la perception de pénibilité affectent certainement la motivation des jeunes, qui choisissent d'autres orientations professionnelles moins contraignantes et plus rémunératrices, que celle d'infirmière. La position sociale fragile de celles qui ont en revanche choisi ce métier, le manque de stratégie collective et la sous représentativité au sein des organisations ne favorisent pas la stabilité au sein des structures hospitalières.

¹² Séminaire du DESS Consultation et Formation dans les organisations, Université Paris IX, Janvier 2002

¹³ Acker F., Les infirmières : une profession en crise, in La crise des professions de santé, Editions Dunod, 2003, page 297

2.2 LE TURN-OVER ET LA MOBILITE EN ILE-DE-FRANCE

2.2.1 Turn-over et mobilité : définitions

Il est nécessaire de distinguer la mobilité du turn-over. La mobilité est ici entendue comme un changement de poste. Elle peut se réaliser dans la structure ou être associée à un changement d'établissement au sein d'une même région ou vers une région différente. Dans le premier cas, on parle de mobilité interne, dans les deux suivants, de mobilité externe. Lorsque le changement de lieu de travail impose un déménagement, on évoque une mobilité géographique.

Le turn-over est le taux de rotation du personnel dans une entreprise. Indicateur de stabilité du personnel, il augmente cependant avec les mobilités externes et les départs en retraite des personnels soignants. Il est propre à chaque établissement et à chaque région.

2.2.2 Les caractéristiques sanitaires et sociales de la région francilienne

La région francilienne est dynamique et prospère. Elle est caractérisée par ses 11 millions d'habitants, répartis en 8 départements autour de Paris, la petite et la grande couronne. La part des 25-59 ans y est la plus forte et celle des personnes de plus de 75 ans dépasse la moyenne nationale. Mais, les disparités socio-économiques sont importantes. La moitié des franciliens vit dans des communes caractérisées par un taux de pauvreté élevée. A l'inverse, un quart vit dans des communes où les ménages à hauts revenus sont surreprésentés. Les spécificités régionales de santé sont marquées par une prédominance des pathologies sidéenne et tuberculeuse.

En matière d'offre de soins, la région est l'une des mieux dotées de France. La région compte en effet plus de 400 établissements de santé, parmi lesquels un centre hospitalier et universitaire, l'AP-HP regroupant 39 hôpitaux, 70 hôpitaux publics, 140 établissements privés à but non lucratif ou PSPH et enfin 200 cliniques privées à caractère commercial¹⁴. L'Ile-de-France se situe au-delà des taux d'équipement nationaux notamment en médecine et chirurgie. Il est à noter que 201 établissements proposent des consultations externes et des soins MCO et 87 sont sites d'accueil des urgences. Par conséquent, l'Ile-de-France concentre une quantité et une diversité importante d'établissements hospitaliers, tant pour les usagers franciliens que pour les professionnels infirmiers recherchant un emploi.

¹⁴ Le journal de l'ARHIF, numéro spécial de juin 2005, page 3

2.2.3 La pénurie des soignants et des infirmières en particulier

L'ARHIF réalise chaque année au cours du premier semestre un état des lieux des postes vacants. Les chiffres 2004 montraient 7 364 postes vacants sur les 93 180 rémunérés. Ces postes vacants concernaient essentiellement les soignants : infirmières (3 014 postes vacants), IBODE et IADE (813) et les aides-soignants (1 602).

Les résultats des postes vacants au 31 mars 2005 font apparaître une légère diminution pour le secteur public et une dégradation pour le secteur privé lucratif et non lucratif. Le nombre de postes vacants serait de 5 943 postes, répartis en 2 927 infirmiers, 482 IBODE et 291 IADE, 2 243 autres postes de cadres infirmiers, aides-soignants, manipulateurs en électroradiologie, masseurs kinésithérapeutes...

L'analyse des bilans sociaux 2003 des établissements publics de santé d'Ile-de-France confirme une plus grande mobilité constatée en Ile-de-France ces trois dernières années par rapport à l'ensemble de la métropole, avec un taux de départ supérieur à 11%. Jusqu'en 2001, la principale cause de départ était la mise en disponibilité. A ce jour, deux motifs apparaissent prépondérants : la retraite, qui est la cause directe du vieillissement de la population et la mutation vers un autre établissement, qui passe désormais en nombre devant la mise en disponibilité.

Rappelons que la mobilité des infirmières a augmenté entre les établissements de santé, comme en atteste un document de la DREES, d'avril 2002¹⁵. En effet, la mise en place de la réduction du temps de travail a été l'occasion d'un plan national pluriannuel de création de 45000 emplois, à l'origine de recrutements. Ainsi, en 2001 l'hôpital public a recruté des infirmières venant d'autres secteurs d'activité et notamment du secteur hospitalier privé, du secteur social et très marginalement du secteur libéral. Leur âge moyen s'étalait entre 20 et 29 ans. Pendant la décennie 90, les infirmières nouvellement arrivées étaient plus jeunes et sortaient majoritairement des études.

Cette plus grande mobilité des jeunes professionnels est confirmée par un second rapport de la DREES¹⁶, qui établit une mobilité géographique des infirmières plus importante que celle des diplômés de niveau proche. En effet au bout de cinq ans de carrière, seuls un tiers des infirmières habitent encore dans la même commune que celle où elles ont achevé leurs études. En revanche, plus de la moitié des infirmières n'a pas changé de département. Il est à noter qu'au bout de douze mois, près de 40% des personnes ont

¹⁵ Rapport DREES, portant sur la mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics, avril 2002.

¹⁶ Rapport DREES, portant sur les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale, avril 2005.

quitté leur premier emploi¹⁷. La durée du premier emploi, en moyenne de 29 mois, est légèrement inférieure à celle des autres diplômés de santé et laisse présager une moindre satisfaction au travail.

2.2.4 La satisfaction des infirmières au travail : un bilan psychodynamique mitigé

L'étude PRESST-NEXT¹⁸, conduite par M. ESTRYN-BEHAR à l'échelon national met en exergue les motifs de satisfaction au travail et d'abandon du métier de soignant.

Sans revenir de façon exhaustive sur les résultats de cette enquête, nous retiendrons quelques conclusions, qui paraissent déterminantes par rapport à notre objet d'étude.

- 86,9% de l'ensemble des soignants sont fiers ou plutôt fiers de leur métier,
- 15,7% des infirmières au plan national pensent souvent (plusieurs fois par mois) quitter définitivement la profession,
- La France accuse le taux le plus élevé d'épuisement professionnel par rapport à ses voisins européens.

Parmi les diverses raisons d'insatisfaction au travail, on relève les suivantes : Seuls 41 % des soignants peuvent discuter en détails des questions d'organisation dans leur service, 33% des soignants disent n'avoir jamais ou rarement le temps de parler aux patients. Les relations sont amicales avec le cadre de proximité dans 54,6% des cas, mais moyennes (38,8%) voir hostiles (39%) avec le cadre supérieur. Les relations avec l'administration sont identiques (41% qualifiées de moyenne et 36,7% d'hostiles).

Nous noterons que les soignants ne souhaitent pas quitter leur profession, lorsqu'ils sont satisfaits du soutien psychologique au travail, de l'utilisation de leurs compétences et de leurs perspectives professionnelles, des conditions physiques de travail ainsi que de la qualité des soins qu'ils peuvent donner. Le sentiment subjectif de « bien faire son travail », fréquemment lié à la possibilité de réaliser des soins relationnels et éducatifs, est en effet source de sens et d'épanouissement.

F.ACKER confirme ces résultats en présentant une enquête lancée par la revue Soins en 2000, sur les raisons de devenir infirmières, de le rester et les souhaits de mobilité. Elle évoque ainsi que l'on reste infirmière, parce que le métier plaît en raison des opportunités de mobilité, des possibilités d'échapper à la routine et de se remettre en cause, et de l'évolution constante des connaissances médicales et des transformations du système de

¹⁷ 75,5% des infirmières étudiées ont toujours leur même emploi au bout de 6 mois et 63,6 au bout de 12 mois.

¹⁸ Etude PRESST-NEXT, Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, janvier 2004 (Etude auprès de 5376 soignants dans 55 établissements)

santé. Cependant, les motifs d'insatisfaction sont nombreux. Ainsi, mentionne-t-elle l'augmentation de la charge mentale, elle-même liée à l'intensité et à la complexité croissante de soins ; la montée en charge de la traçabilité et de la formalisation, dans un contexte de gestion de risques et d'accréditation ; le changement des modalités de prises en charge avec initiation des soins à l'hôpital puis relais ensuite à domicile. Quant à l'épuisement émotionnel, « (il) est associé à de mauvaises relations avec les médecins et les cadres et à une insuffisance des effectifs. Le désinvestissement dans le travail est plutôt associé à l'insatisfaction dans les relations avec les malades, les infirmières recherchant avant tout une gratification dans la satisfaction des patients ».¹⁹

Par conséquent, la gestion des ressources humaines fondée sur l'utilisation des compétences et l'ouverture de perspectives professionnelles, ainsi que l'intérêt porté aux conditions physiques de travail et de soutien psychologique des infirmières favorisent la stabilité des personnels.

2.2.5 Le comportement socioprofessionnel des jeunes infirmières

Les jeunes infirmières ont les attentes et les aspirations des moins de trente ans. Ces derniers ont en effet grandi seuls, contrairement à leurs aînés. Leurs parents travaillant, ils ont souvent pris l'habitude de se gérer le soir en rentrant de l'école et ont développé en conséquence un individualisme important et une centration sur eux-mêmes. Par ailleurs, l'accroissement des moyens de communication et des progrès technologiques a facilité les déplacements, les échanges, l'accès aux informations et au savoir. Empreints de cette culture, les jeunes sont de la génération Internet, celle du clic, de la vitesse et de l'instantanéité, mais aussi celle du zapping²⁰. Ils vivent dans une société du temps pour soi, du droit aux loisirs et plus encore, du droit à choisir. Le temps libre et le hors travail a pris son autonomie. En effet, « peu à peu nos vies s'organisent avec deux trajets qui s'entrecroisent et se télescopent. L'aventure du temps pour soi croise la logique du travail. Mais l'une ne dirige plus l'autre. Chacune voisine avec l'autre »²¹.

De ce fait, la relation au travail se trouve transformée. « Plus diplômés et féminisés que leurs aînés, développant un sentiment de frustration et de moindre implication, ils

¹⁹ Acker F., Op. Cit.

²⁰ Zapping « L'individu zappe. Il fait et suit les modes. Son temps est celui de l'éphémère. On l'y incite, on l'y invite. Il ne donne pas sa confiance sauf au petit cercle de ses amis, ne se lie pas par des serments viagers. Il pratique plutôt un art de la défiance, de la réticence, de la mise à distance. C'est un sceptique. Il vit dans une série de présents, plus ou moins désaccordés. Il peut être inconstant. C'est sa manière d'être souverain ». Petit abécédaire de l'individualisme, Enjeux, les Echos, juillet-août 2005, page 109

²¹ Viard J., le sacre du temps libre, essai poche, 2004, page 184

entretiennent un rapport nouveau au travail, au rôle de la hiérarchie et à la fonction même de l'entreprise, caractérisée par une relation donnant-donnant »²². Par conséquent, les attentes du jeune salarié reposent sur une évolution professionnelle et un développement personnel. « Cela doit à ses yeux, se traduire entre autres par l'acquisition de connaissances nouvelles, l'apprentissage de techniques, l'accroissement de ses compétences et aussi par l'accumulation d'expériences qu'il estime devoir reconnaître comme réutilisables dans son cursus de vie professionnelle ». ²³

Cette modification du rapport au travail transforme le lien à l'entreprise. Ainsi, le jeune s'implique à la condition que les comportements et décisions prises soient conformes aux valeurs affichées. Il attend de son supérieur hiérarchique qu'il joue au quotidien un rôle de guide et de parrain. « La relation, si elle est basée fondamentalement sur la confiance, doit néanmoins pouvoir régulièrement permettre la vérification des intentions, déclarations, engagements, dans les faits et les actes. Tant que ces conditions sont remplies, et contribuent à l'équilibre de donnant-donnant, le jeune est fortement impliqué et reste attaché à l'entreprise contredisant l'image de volatilité qui lui est parfois prêtée. A contrario, en cas de déséquilibre constaté ou de stagnation de situation, la rupture intervient, et cela souvent dans des délais très courts »²⁴.

Ces comportements sont aussi observés chez de jeunes infirmières. En définitive, le turn-over et la mobilité des soignants à l'hôpital pourraient s'expliquer par leurs caractéristiques générationnelles : zapping, rapport au travail marqué par une distanciation, rapport au temps fondé sur l'immédiateté et enfin rapport au savoir basé une relation privilégiée entre apprenant et connaissance.

L'Observatoire du Dialogue Social (ODIS) apporte des informations à ce sujet, en expliquant le turn-over par un écart entre les attentes et l'environnement. Selon l'ODIS, les infirmières, peuvent être catégorisées en trois groupes correspondant à trois types de motifs de démissions : des conditions de travail peu favorables, de faibles possibilités d'évolution et enfin un déphasage entre leur vision du métier et la réalité.

- Les conditions de travail sont tout d'abord essentielles pour celles qui favorisent leur vie privée. Ces conditions englobent les caractéristiques de l'établissement (vétusté des locaux et équipements obsolètes) ainsi que les relations au travail. La violence dans l'établissement et des problèmes relationnels avec l'encadrement sont des motifs de départs.

- Les évolutions de carrière ensuite sont déterminantes pour celles qui ont un projet professionnel. Chez ces dernières, un faible accès à la formation continue ou aux postes

²² Perotte D., Les jeunes sont de plus en plus exigeants envers leur entreprise, le Monde, 2-3 janvier 2003

²³ Valentin A., Comment a changé le lien des jeunes avec l'entreprise ? le Monde, 18 novembre 2003

²⁴ Valentin A., Op. Cit.

souhaités (soit un changement de service, soit une possibilité d'entrer dans une école de spécialisation ou institut de formation des cadres de santé) sont des facteurs de démobilisation.

- Enfin, un écart trop important entre la représentation du métier et la réalité quotidienne constitue le motif de celles qui sont venues au métier par vocation. Ainsi, la prédominance de gestes techniques et administratifs limitant le temps consacré à la relation soignant-soigné peut être une cause de départ de l'établissement. De même, un manque d'écoute au sein de l'établissement et de dialogue avec le corps médical et les autres collègues engendrent une certaine frustration.

Par conséquent, le turn-over des infirmières laisse entrevoir deux types d'enjeux : « - l'attractivité des établissements, qui repose sur l'organisation du lien entre l'infirmier (-ière) et l'établissement à travers le recrutement (choix des profils, processus d'intégration...) et une politique de fidélisation (pratiques managériales) ;

- l'attractivité de la profession, qui repose sur l'organisation du lien entre la profession et la société à travers notamment une valorisation de l'image de la profession ».²⁵

Il est donc intéressant de regarder le fonctionnement des établissements de santé à l'origine d'un turn-over fréquent et d'en tirer des enseignements. Il ressort de ces hôpitaux, la pratique d'un management le plus souvent directif, imposant des décisions non concertées et rarement celle d'un management participatif. Or, les infirmières qui subissent l'imposition vivent leur rapport au travail dans la souffrance, À l'inverse, celles qui connaissent le dialogue permanent peuvent s'épanouir et se réaliser.

Le management apparaît donc déterminant pour fidéliser les jeunes professionnels, comme en témoigne l'expérience de trois pays étrangers confrontés à la pénurie des personnels soignants.

2.3 L'EXPERIENCE DES PAYS ETRANGERS PRECEDEMENT CONFRONTES A LA PENURIE DES INFIRMIERES

Face la pénurie quasi mondiale des professionnels de santé, certains pays ont conduit des expériences innovantes, que nous relaterons et dont nous saurons nous inspirer.

2.3.1 Les hôpitaux magnétiques d'Amérique du Nord

Devant l'ampleur du phénomène de pénurie aux Etats Unis, l'Académie Américaine des Infirmières lança en 1982, une étude pour déterminer les caractéristiques des bons milieux de travail au regard des soignants ainsi que celles des hôpitaux qui avaient un

²⁵ Analyse du turn-over des infirmiers(ières), in l'état social de la France, rapport ODIS 2004, éditions des journaux officiels, page 100

faible taux de turn-over. Chaque hôpital participant à l'étude eut à transmettre des statistiques concernant le nombre de postes vacants, le turn-over, le recours à l'intérim, le taux d'absentéisme, et le ratio d'infirmières novices et expertes. Puis, des entretiens furent conduits auprès des dirigeants, capables d'opérer un tropisme chez les professionnels, en les attirant et en les retenant.

Ces établissements dénommés *magnet hospital* conjuguent trois points forts : un leadership fort exercé par les dirigeants et les cadres, une pratique professionnelle responsabilisante pour les nouvelles recrues et la possibilité pour elles d'un potentiel de développement personnel.

➤ **Un leadership fort exercé par les dirigeants et les cadres**

Les leaders sont des visionnaires, capables de se projeter dans le futur, avec des attentes élevées vis-à-vis de leurs collaborateurs. Ils communiquent facilement, favorisent l'autonomie professionnelle des infirmières et véhiculent une image positive des soins dans l'institution. Ils assument leurs responsabilités et prennent les décisions inhérentes à leurs fonctions. D'ailleurs, les soignants ont cette même exigence à l'égard de leurs supérieurs hiérarchiques, comme en témoigne M.MAYRAND LECLERC : « Il importe aux infirmières que la direction des soins infirmiers détienne une position stratégique à l'intérieur de l'organisation et une place de décideur doté des pouvoirs exécutifs qui en découlent. Le collectif s'attend à ce que la direction des soins infirmiers fasse preuve d'autonomie et de compétence, à ce que les gestionnaires soient compétents, proactifs, capables et efficaces »²⁶.

Concernant la gestion de ces établissements, elle repose sur des structures décentralisées et sur le principe de gouvernance partagée. La prise de décision se fait de manière concertée, au plus près du patient, en équipe pluridisciplinaire avec les acteurs concernés. Enfin, ces leaders rayonnent tant à l'échelon local, que régional et national.

➤ **Une pratique professionnelle responsabilisante**

Dans ces établissements, il est relevé un grand professionnalisme des infirmières, avec un sens accru des responsabilités, une qualité de relation thérapeutique envers le patient, une étroite collaboration avec les médecins. Il est à noter que dans ces structures, le ratio infirmière/patients est élevé, les postes vacants peu nombreux, le turn-over faible et enfin, le recours à l'intérim exceptionnel. En effet, les directions privilégient la spécialisation des équipes à la généralisation des intervenants. Par ailleurs, l'expertise clinique est valorisée en titres et avantages financiers. Il existe une qualité des soins supérieure.

➤ **Un potentiel de développement personnel**

²⁶ Mayrand Leclerc M., les caractéristiques des magnet hospitals, in Optimisez votre environnement de travail, sous la direction de Chantal Viens, Presses inter Universitaires, 2002, page 82

La troisième et dernière caractéristique est la possibilité qu'ont les personnels d'accéder à des formations d'adaptation à l'emploi, formations continues et promotions. Il est à noter qu'une forte proportion des infirmières, détenant déjà un diplôme de second cycle, considère comme essentiels la formation permanente et l'avancement qui contribuent à la qualité des soins. « Ici, l'intérêt pour le développement professionnel coïncide avec l'intérêt personnel, ce qui renforce le sentiment d'appartenance à l'hôpital et la satisfaction individuelle au travail ». ²⁷

Ces infirmières auraient en outre un taux plus faible d'épuisement professionnel et un nombre moins élevé d'accidents de travail.

2.3.2 Le rôle déterminant des managers en Belgique

Les Belges ont aussi largement publié sur le sujet et notamment S.STORDEUR, qui s'est intéressée aux caractéristiques des managers, dans le cadre d'une thèse de santé publique. Cet auteur fait la démonstration de la nécessité d'impliquer et satisfaire les soignants, afin de maintenir leur appartenance à l'hôpital et de faire dispenser des soins de qualité en réponse aux attentes des patients. Selon celui-ci, « pour être efficaces à long terme, les leaders d'aujourd'hui ne peuvent plus se contenter de l'échange contribution /rétribution avec leurs employés, mais doivent provoquer des changements profonds concernant les attitudes, les croyances et les valeurs fondamentales des employés »²⁸.

Le leadership infirmier devient donc plus complexe, se basant sur des connaissances, une pensée critique et des compétences relationnelles. « Les infirmières en chef usant d'un mode de leadership novateur et dynamique, suscitent chez les infirmières le désir de fournir un effort supplémentaire à ce qui est normalement attendu de leur part, favorisent leur satisfaction au travail et leur insufflent le désir de s'impliquer émotionnellement à l'égard de l'institution et de ses missions » ²⁹.

Bien que le style de management dépende en grande partie de la personnalité du responsable, de la formation qu'il ait suivie, de ses expériences professionnelles antérieures et des caractéristiques de l'équipe qu'il anime, la qualité du management est reconnue comme étant la pierre angulaire des hôpitaux attrayants ou magnétiques. Ce management qualifié de « transformationnel » semble avoir un effet positif sur l'implication des infirmières et repose sur un certain nombre de principes :

²⁷ Martine Mayrand Leclerc, Op. Cit.

²⁸ Stordeur S., De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité, webographie

²⁹ Stordeur S., Op. Cit.

- Le charisme du leader : c'est une figure emblématique, par ses valeurs et principes éthiques, dans laquelle les subordonnés se retrouvent.
- L'influence idéalisée : le leader évoque clairement les missions et dépeint de façon attrayante les résultats positifs qui pourraient en découler.
- La considération individuelle : il exprime sa confiance dans les capacités et les compétences de ses collaborateurs et renvoie des feed-back positifs. Il sait déléguer des projets et responsabilités et mobiliser les potentiels de chacun.
- La stimulation intellectuelle : il encourage la remise en question, développe l'esprit critique et permet l'innovation.

2.3.3 Un système de certification des conditions de travail au Royaume Uni

Nous relaterons l'expérience du service de santé national britannique (NHS) qui a mis en place un plan d'amélioration des conditions de travail dénommé « Improving Working Lives Standard » (IWL)³⁰, offrant à son personnel des conditions plus flexibles et une meilleure maîtrise de son temps. Les principales mesures sont :

- Des standards complets pour la mise en œuvre de politiques modernes de gestion des personnels. Ceux-ci mettent en relation les besoins des patients et des services, avec les besoins du personnel. Ils abordent la violence, la formation et l'éducation et incluent la mise à disposition de crèches.
- Des communications efficaces et modernes, pour permettre le partage de bonnes pratiques, et la mise en œuvre de méthodes de travail flexibles et modernes.
- Un appui méthodologique, pratique et financier destiné à une mise en œuvre effective par les managers et le personnel.

Par conséquent, le personnel est activement impliqué dans la conception et le développement de meilleures pratiques de travail, privilégiant l'équilibre entre vie professionnelle et extraprofessionnelle, telles que la mise place de retraite flexible, l'autogestion des tableaux de service ou bien encore le temps de travail annualisé.

Trois niveaux d'accréditation s'en suivent :

- Niveau 1, s'engager à améliorer les conditions de travail,
- Niveau 2, fournir les preuves d'améliorations apportées à la vie professionnelle,
- Niveau 3, apporter la preuve d'un changement culturel en matière de management des ressources humaines concernant l'ensemble des personnels.

³⁰ Mellor D., NHS : recrutement et fidélisation des professionnels de santé, Revue hospitalière de France, N°498, mai-juin 2004, page 66

Cette expérience montre que les employeurs tirent bénéfice de la présence de personnels plus motivés et plus productifs. La flexibilité dans le travail incite les personnels à rester auprès de leur employeur, à revenir après une expérience externe. Cette démarche contribue à réduire les coûts liés au processus de recrutement et à conserver les compétences en matière de ressources humaines. Selon J-L.CERDIN et J-M.PERETTI, l'entreprise « fidélise » son personnel : elle limite la propension des salariés à rechercher et à examiner les offres d'emploi externes et renforce leur sentiment d'appartenance.

2.4 LE RECRUTEMENT ET LA FIDELISATION : QUELLES CONDITIONS DE REUSSITE ?

2.4.1 Le déploiement d'une politique de recrutement : de l'embauche à l'intégration

Le recrutement comprend plusieurs dimensions : la première correspond aux aspects statutaires et la seconde, au déroulement fonctionnel. Compte tenu de notre objet d'étude, nous développerons plus spécifiquement la dimension fonctionnelle.

Rappelons en préambule que l'autorité chargée du recrutement est le directeur d'établissement. Toutefois, celui-ci délègue au DRH et notamment au DS le recrutement des personnels infirmiers.

Le recrutement ne se résume pas à la simple décision de recruter ou non une personne. C'est en effet, selon O.DERENNE et A.LUCAS³¹, un processus en cinq phases comprenant l'analyse du besoin, la prospection et la recherche, la sélection et la décision, l'intégration et enfin l'évaluation. Dans le contexte précis de pénurie des infirmières, chacune des phases peut être revisitée sans pour autant être minimisée. Ainsi, l'analyse du besoin permet de déterminer le nombre de postes concernés ainsi que les qualifications nécessaires. Mais, il est primordial de se poser la question de savoir si les postes vacants doivent être ou non pourvus dans la même qualification. La rédaction et publication d'une fiche de poste facilitent la prospection au sein de l'établissement. Il convient sans doute aussi de faire le nécessaire pour attirer les nouveaux personnels insuffisants en interne. En général, les établissements font connaître la vacance de leurs postes en utilisant leur réseau d'associations, syndicats professionnels et centres de formation. Toutefois, des annonces peuvent être publiées dans la presse nationale, régionale ou spécialisée. La sélection passe par un tri des candidatures, sur la base de l'étude des lettres de motivation et curriculum vitae et sur la réalisation d'un entretien

³¹ Le développement des ressources humaines, sous la direction de Derenne O. et Lucas A., éditions ENSP, 2002, 294 pages

structuré et de tests³² éventuellement proposés aux candidats. Cet entretien permet au postulant d'une part de se présenter de façon détaillée, d'expliciter ses motivations et de rechercher des informations sur l'établissement et le poste. Il permet d'autre part au recruteur de vérifier l'adéquation entre le profil du candidat et le poste à pourvoir, ainsi que son professionnalisme. Lorsque la décision est arrêtée, l'accueil et l'intégration peuvent débiter. Enfin, l'évaluation vise à vérifier l'adéquation des compétences de la personne à celles requises pour le poste.

Mais, revenons sur l'accueil et l'intégration, temps forts après l'embauche d'un nouveau professionnel. Les objectifs multiples sont « de répondre aux demandes du nouvel embauché, de faciliter son insertion, de l'aider dans son évolution, de transmettre des informations essentielles, de prévenir certaines difficultés, de donner une image positive de l'établissement qui se soucie de cette phase préliminaire et d'aider à découvrir les normes (ce que l'on doit faire), les valeurs (ce qui est « bien »), les comportements (ce qui se fait) »³³

L'accueil peut comporter des informations relatives aux démarches administratives à accomplir (médecine du travail, lingerie...), la remise de documents, la présentation de la journée d'accueil des nouveaux personnels. Cette journée est l'occasion pour les nouveaux recrutés de se connaître et de rencontrer les différents intervenants sur l'hôpital, notamment les directeurs et les responsables des secteurs administratifs et logistiques. Une visite des points stratégiques de l'hôpital ainsi qu'un exercice de sécurité incendie peuvent être proposés, comme c'est le cas sur un établissement francilien. Ainsi, selon F.LELIEVRE : « L'accueil est une valeur forte en gestion des ressources humaines et cette valeur fait la liaison entre l'individu et la société via l'institution dans laquelle il s'insère. Cette valeur participe à la cohésion sociale »³⁴

L'intégration permet ensuite l'adaptation de l'individu à son poste et au nouveau collectif de travail. Elle comprend quatre dimensions : fonctionnelle, temporelle, identitaire, culturelle. La dimension fonctionnelle fait référence à l'adaptation du salarié dans son poste de travail ; la temporelle, aux pratiques déployées par les acteurs de l'établissement pour permettre au salarié de durer dans l'entreprise ; l'identitaire a trait au sentiment d'appartenance et à la construction d'un collectif de travail ; la dimension culturelle enfin, comprend l'acquisition de modèles, de normes et de valeurs. Cette intégration se réalise avec l'appui d'un professionnel expérimenté, appelé référent ou tuteur.

³² Tests psychotechniques et de personnalité

³³ Lelièvre F, Accueil et intégration à l'hôpital, importance de la gestion des ressources humaines, Gestions hospitalières, N°431, décembre 2003, page 826

³⁴ Lelièvre F., Op. Cit.

Le tutorat peut se concevoir en effet comme une relation privilégiée entre deux professionnels, un junior et un senior, le premier accompagnant le second dans ses premières expériences professionnelles et l'aidant à décoder l'environnement de travail et à adapter ses compétences au contexte. Dans un établissement parisien, des réunions transversales réunissent les acteurs de l'établissement impliqués dans le processus de tutorat, à intervalles réguliers. Les tuteurs y font le bilan de leur travail d'enseignant et les « tutorés » travaillent sur leur démarche d'apprentissage. « Cette logique de réflexion sur et pour l'action donne matière à nommer précisément les actes de chacun, d'en référer aux objectifs de départ et de mesurer les écarts entre buts, moyens et actions³⁵. » Enfin, le travail en groupe permet la distanciation par rapport à son propre vécu et la réflexivité. Par conséquent, penser un dispositif d'accueil et d'intégration avec des actions concrètes, même s'il est chronophage, constitue un véritable investissement pour le moyen et long terme. Mais, la politique de recrutement doit aussi envisager les moyens de développer l'attractivité de l'établissement par des possibilités de choix accordé aux salariés.

2.4.2 La place de l'autonomie et du choix dans la fidélisation des salariés

Dans le contexte actuel, il existerait un fossé entre le pouvoir de choix des consommateurs et celui des salariés. Par conséquent, il convient d'augmenter la liberté et l'autonomie des salariés, source de satisfaction au travail et de fidélité. J-L.CERDIN et J-M.PERETTI en apportent la preuve en enquêtant auprès de 400 cadres français. Ils montrent que les espaces de choix en matière de rétribution, d'aménagement des temps de travail, d'organisation du travail, de formation augmentent l'implication affective et réduisent l'intention de départ volontaire. La gestion des temps de travail intéresse notamment les plus jeunes salariés. In fine, ces dispositifs de fidélisation mis en place par des entreprises dites « à la carte » visent à rapprocher l'organisation de travail des projets personnels des salariés.

Préférant disposer de salariés heureux et productifs, les employeurs considèrent leurs personnels comme des clients internes. D'autant plus, selon B.BIV que les jeunes qui arrivent sur le marché de l'emploi sont imprégnés de la culture de négociation. Ils négocient ce qui est bon pour eux et qui correspond à leurs attentes, conduisant les employeurs à une véritable politique sociale volontariste. Celle-ci se traduit par des sessions de formations internes, et des espaces de dialogues pour prévenir la conflictualité. A contrario, un salarié frustré est souvent absent ou tend à se démobiliser.

³⁵ Lambert S., Legrand Ch. et Cotellon G., Intégration des personnels étrangers à l'hôpital, de l'enjeu d'un tutorat interculturel réussi, Gestions hospitalières, N°431, décembre 2003, Page 827

C'est ce que G.GUERIN et collaborateurs nomment le retrait ou désinvestissement (inner-quipping)

Dans le secteur hospitalier, C.DUBOYS FRESNEY, DS à Paris, a mis en place un projet de « fidélisation des infirmières dans un contexte infidèle »³⁶, dans un établissement de pédiatrie de 350 lits. Les résultats en sont encourageants, puisque le taux de départ d'infirmières a été ainsi réduit de 40% entre 2003 et 2004³⁷. Quels en sont les facteurs de réussite ? Cinq axes de progrès ont été envisagés, tels que la reconquête de l'autonomie par la modification de l'organisation des plannings de travail, l'apport de sens par l'élaboration d'un projet de soins et la formalisation d'une charte de l'encadrement hospitalier, des conditions de travail sécuritaires fondées sur l'élaboration de protocoles transversaux, le renforcement de l'expression des personnels dans l'ensemble des conseils de service et enfin la valorisation et le renforcement des compétences par l'organisation de conférences des savoirs et la mise en place d'une journée de l'innovation.

Ces éléments démontrent une fois de plus la dimension pluridimensionnelle des dispositifs à inventer et la place de la formation.

2.4.3 La formation et le développement de compétences

La possibilité pour les professionnels de développer des compétences en situation de travail et d'accéder à des formations d'adaptation à l'emploi, formations continues et formations diplômantes est essentielle.

Ainsi, selon Ph.ZARIFIAN, les entreprises sont des « organisations qualifiantes » ou « apprenantes » permettant de développer deux types d'apprentissages : le premier est l'acquisition de routines et habitudes de travail, que le milieu professionnel considère comme les plus adaptées. La phase d'intégration dans un service déjà mentionnée vise cet objectif. Mais, la compétence peut s'approfondir et s'élargir avec la recherche par l'individu de nouvelles sources d'apprentissage dans les situations instables, imprévues et changeantes. Sa capacité d'adaptation réussie dans de telles situations lui confère un niveau d'expertise.

S.LUCAS propose de rapprocher la gestion des ressources humaines des attentes des personnels, en réfléchissant au potentiel d'apprentissage des secteurs de soins. Ainsi, les projets de service, qui rendent compte des choix opérés, doivent aussi permettre d'identifier les apprentissages que les professionnels peuvent acquérir au sein du service.

³⁶ Projet présenté lors de la première journée d'échanges du Centre Régional de Ressources en Santé d'Ile de France, mis en place par l'ARHIF,

³⁷ 117 départs d'infirmières en 2002 sur les 450 de l'établissement, 116 en 2003 puis 69 en 2004.

« Quel intérêt tel ou tel professionnel a-t-il à venir dans votre service ? ... Quels progrès feront-ils ? Dans quel climat organisationnel travailleront-ils ? ... Sur quelle excellence repose l'image du service ? Ces dimensions qualitatives du management, qui dépassent la seule dimension des organisations, intéressent au plus haut point les acteurs.³⁸ » En effet, l'acquisition de connaissances et le développement de compétences se fait dans l'exercice du travail.

La transmission déductive des savoirs ne suffit donc plus à l'époque de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Les jeunes apprennent par une pédagogie de l'expérience et la mobilité peut être à ce titre une recherche de nouvel apprentissage. Elle permet en effet aux individus de « découvrir de nouvelles situations de travail, d'accroître leurs capacités organisationnelles, d'améliorer leur performance, de développer de nouvelles capacités ; elle enrichit le « porte-feuille » de compétences³⁹ ». B.BIV rappelle que dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, qui connaît aussi des difficultés de recrutement, un grand leader européen et groupe mondial a investi dans la formation. Il a ainsi créé une dizaine d'écoles dans le monde entier et a instauré une formation par employé et par année.

Dans le milieu hospitalier, la formation semble bien être le maître mot de la gestion des emplois et des compétences. « Former n'a pas seulement pour optique de faire monter en compétence les individus, c'est aussi une marque de reconnaissance de ceux-ci, ce qui favorise la fidélisation des salariés⁴⁰ ». Ainsi, de nombreux hôpitaux proposent des formations diplômantes et financent par exemple des études aux aides-soignantes pour devenir infirmières, avant de les affecter dans les secteurs où les besoins existent.

A côté de ces formations longues, il convient de souligner la place et le rôle des formations continues dans les hôpitaux. La loi d'avril 2004 a encore renforcé leur accès, afin de permettre d'actualiser régulièrement les connaissances dans un environnement complexe et mouvant. L'offre de formation est pléthorique et la multiplication des produits destinés aux soignants en témoigne. Cependant, la disponibilité des professionnels n'est pas toujours rendue possible, en raison des nombreux postes vacants.

Il est à noter enfin que des infirmières s'engagent sur leur temps personnel dans des dispositifs de formation universitaire, de type diplôme universitaire, licence voire master, considérant que l'enrichissement de leurs connaissances contribue à la qualité des soins.

³⁸ Lucas S., Les enjeux des ressources humaines dans le management, Revue hospitalière de France N°498, mai-juin 2004, page 35

³⁹ Lucas S., Op. Cit.

⁴⁰ Biv B., Gestion des emplois et des compétences, Personnel N°455, décembre 2004, page 24

2.4.4 L'attention portée aux conditions de travail et à la santé au travail

Nous aborderons l'importance de la prise en compte d'un environnement ergonomique et sécuritaire et d'une charge de travail centrée sur le cœur du métier, pour éviter la pénibilité physique, limiter la charge mentale et augmenter la longévité au travail.

Des enquêtes ont été réalisées sur les conditions de travail des salariés à presque dix ans d'intervalle (1991 et 1998) et montrent un certain nombre d'évolution concernant les conditions temporelles, l'organisation et la complexité du travail.

En Ile-de-France, les horaires alternant matin/après-midi se sont progressivement généralisés, avec la mise en place de la grande équipe. Par ailleurs, le développement des alternatives à l'hospitalisation et la diminution de la durée moyenne de séjour ont eu pour conséquence de retenir hospitalisés les patients les plus lourds, nécessitant des soins intenses et hautement technicisés. Les interruptions au cours du travail sont une caractéristique à l'hôpital et les infirmières sont tenues de se dépêcher. Par conséquent, « les interruptions, l'urgence, la réduction de la durée moyenne de séjour sont d'autant d'éléments qui se conjuguent pour rendre plus difficile une attitude personnalisée évolutive adaptée aux réactions de chaque personne soignée et de sa famille⁴¹ ». L'écriture enfin prend davantage de temps, liée à la traçabilité et à l'ouverture et clôture plus fréquentes des dossiers des patients, qui séjournent moins longtemps à l'hôpital. Si bien que les infirmières souhaitent se recentrer sur leur cœur de métier et les soins aux patients. « Les soignants demandent davantage de temps disponible auprès des malades, grâce à la réduction de la part indirecte des soins qui peut, selon le contexte, occuper les deux tiers de leur temps de travail⁴² ». Des tensions sont ainsi ressenties, majorées par une concertation insuffisante. On connaît pourtant la place des échanges dans la construction et la stabilité de collectifs de travail, ainsi que dans l'ambiance des services de soins.

Ph.DAVEZIES insiste également sur la pression temporelle, qui tend à réduire les temps de préparation, d'anticipation, de discussions et d'études. Se développe le sentiment de « travailler pour hier », d'être constamment dans l'urgence et de ne plus avoir le temps pour le débat et la réflexion. Dans ces conditions, nombreux sont les salariés qui se trouvent dans l'incapacité de maintenir la qualité de leur travail. A tous les niveaux hiérarchiques, des individus ne se reconnaissent pas dans les formes dégradées imposées à leur activité, au nom des contraintes économiques ou de difficultés contextuelles. « Le sentiment de faire du mauvais travail est en effet vécu sur le mode de

⁴¹ Estryn-Béhar M., Réalités de la gestion du temps à l'hôpital, Soins cadres, N°47, Août 2003, page 51

⁴² Estryn-Béhar M., Op. Cit.

l'indignité personnelle et suscite des réactions défensives qui aggravent la situation⁴³ ». Certes, les salariés sont plus autonomes, grâce à de nouveaux types de management visant l'initiative et l'innovation, l'autogestion, et l'évaluation. Mais dans le même temps, les contraintes sont plus fortes et les rythmes de travail intensifiés, faisant naître stress et parfois souffrance au travail.

Pour maintenir la santé au travail, le Conseil Economique et Social préconise en particulier d'agir sur les organisations et de redéfinir le management. Il convient de privilégier au plan organisationnel des unités à taille humaine et de créer un environnement propre, fonctionnel et sécuritaire. Des lieux et temps d'échanges sont préconisés, permettant de nourrir le collectif et d'associer les acteurs à l'analyse des pratiques, la participation aux décisions et à la remontée des informations vers les niveaux plus globaux. L'information et la concertation dès la conception de modifications du travail sont essentielles pour préserver la confiance et tisser la coopération. Par conséquent, la santé au travail résulterait d'un pouvoir d'agir, échanger, donner du sens à celui-ci et surmonter les épreuves ensemble. Enfin, le soutien et la reconnaissance donnés par les managers sont aussi des éléments de longévité au travail. Ils se concrétisent par la prise en compte des efforts consentis en terme de contraintes temporelles, interruptions, responsabilités, charge de travail et pénibilité physique et l'attribution de feed-back notamment basés sur la rétribution, l'estime et les perspectives de promotion.

Le mode de management est aussi une piste de réflexion pour améliorer la qualité de vie au travail, d'autant plus lorsqu'il est fondé sur la confiance.

2.4.5 Le management de la confiance

Le rapport au pouvoir et à l'autorité a changé et les infirmières ont des attentes particulières à l'égard de leur supérieur hiérarchique. D'ailleurs, celui-ci n'est plus dénommé surveillant mais cadre de santé. Autrement dit, il n'est pas là seulement pour contrôler et sanctionner, mais bien pour proposer un management plus ouvert, fondé sur une animation par les règles. Plutôt que de prescrire, il détermine les objectifs visés et le cadre collectif de l'action. Ce management participatif repose, selon S.LUCAS sur la confiance. « Plus centré sur la confiance et la reconnaissance, ce nouveau management donne de l'intelligence stratégique aux acteurs, c'est-à-dire des aptitudes à rechercher de nouveaux positionnements⁴⁴ ».

⁴³ Davezies Ph., Souffrance au travail, le risque organisationnel, Soins cadres N°54, Mai 2005, page 27

⁴⁴ Lucas S., Les enjeux des ressources humaines dans le management, Revue, hospitalière de France, N°498, Mai-juin 2004, page 37

J-L.CHANLAT insiste aussi sur les conditions de réussite d'une organisation à travailler ensemble. Une organisation est un service, un département ou un hôpital. C'est en fait un ensemble d'acteurs, réunis dans une structure, avec une organisation du travail et une hiérarchie et une culture qui lui confèrent une identité propre. Pour ce faire, il convient de d'octroyer un espace-temps commun aux salariés pendant lequel ils peuvent échanger et partager du temps non consacré au travail et de créer du lien. De plus, l'action commune repose sur un univers de sens partagé. « L'oeuvre commune exige une affirmation, tant dans les discours que dans les pratiques, de la primauté des valeurs collectives. Sans un tel effort, l'univers de sens risque d'être fragmenté et les individus au travail de développer des attitudes et stratégies individualistes ⁴⁵ ». Enfin, les signes de reconnaissance apportés par les cadres et les pairs, sont des leviers de motivation au travail et de mobilisation collective. Encore faut-il que les cadres soient légitimes, c'est-à-dire qu'ils soient compétents en situation et qu'ils aient des qualités humaines.

G.GUERIN et ses collaborateurs montrent aussi que la démobilisation des salariés est liée à des attentes insatisfaites notamment l'absence de reconnaissance de la hiérarchie. Mais, il est aussi important d'observer que le manque de participation est ressenti douloureusement par les salariés, qui peuvent se sentir tenus à l'écart voire exclus. « Ne pas être informé, ne pas être consulté, ne pas avoir le droit de prendre des initiatives sont non seulement des preuves que l'on n'est pas considéré comme un partenaire, que l'on n'a pas la confiance des cadres, mais aussi que l'on ne jouit d'aucune autonomie ni d'aucune reconnaissance professionnelle ⁴⁶ ».

En plus du management de la confiance, il convient de mentionner la place du management intergénérationnel. Au-delà des points communs à tous les salariés, l'animation des moins de trente ans revêt un caractère particulier. En effet, selon le cabinet d'audit social EPSY, les jeunes ont une appréhension différente du travail, de la hiérarchie et de la fonction même de l'entreprise, qui conditionne cinq règles managériales :

1 - L'intégration dans les entreprises est une phase déterminante de transmission de savoir, savoir-faire et de comportements. Mais c'est aussi un moyen pour les cadres de mettre en exergue leurs compétences et d'asseoir leur légitimité avec ceux qu'ils vont encadrer.

⁴⁵ Chanlat J-F., Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ? Soins cadres, N°49, février 2004, Page 20

⁴⁶ Guérin G. et coll, Démobilisation chez les professionnels salariés, revue de gestion des ressources humaines, N°44, avril-mai-juin 2002, page 75

2 - Le contrat donnant-donnant entre salarié et cadre peut permettre de s'engager durablement. Ainsi, compétence, rigueur et sens des responsabilités du salarié seront la juste contrepartie de la formation et de la promotion interne proposées par le cadre.

3 - L'organisation et l'anticipation rigoureuses mises en place par les cadres permettent aux jeunes salariés, d'obtenir bien à l'avance une planification de leur vie professionnelle et de leur vie privée.

4 - La justification du sens des actions devient une nécessité pour ces jeunes qui ont besoin de comprendre pour agir, tant dans le cadre d'actions limitées que dans celui d'orientations stratégiques.

5 - Les pratiques des cadres et dirigeants doivent être en adéquation avec leurs discours. Les jeunes sont en effet attentifs aux valeurs portées par les entreprises. Si un écart est criant, la contestation est alors souvent vive et immédiate.

2.5 SYNTHÈSE DE L'APPROCHE THÉORIQUE

La question de l'attractivité, du recrutement et de la fidélisation des jeunes professionnels infirmiers apparaît être une problématique contextuelle et même sociétale.

Nous avons tout d'abord souligné les divers événements ayant contribué à l'émergence de la situation de pénurie en Ile-de-France, tels le manque d'anticipation de l'augmentation des besoins en infirmières, liés aux départs en retraite et à la mise en place notamment de la réduction du temps de travail. Mais au-delà, de ces facteurs prévisibles, il en est d'autres qui se font jour dans notre société et qui expliquent en partie les motifs d'orientation des jeunes professionnels infirmiers vers les établissements hospitaliers et leur volonté ou pas d'y rester. Ainsi, une mobilité géographique facilitée, un souhait délibéré de mieux articuler vie professionnelle et vie privée et enfin des engagements à durée limitée sont quelques caractéristiques actuelles des jeunes professionnels. De même, le rapport à l'entreprise s'est transformé et repose maintenant sur des obligations mutuelles, si bien que la fidélité du salarié n'existe pas de fait et doit être conquise mois après mois. Par conséquent, les propositions retrouvées dans la littérature pour attirer, recruter et fidéliser les salariés dans les entreprises, comme les infirmières en milieu hospitalier apparaissent plurielles. En effet, il est essentiel dans notre société de consommation de proposer de la diversité et du sur-mesure. Aussi, n'y a-t-il pas une solution unique -sinon elle eut été déjà mise en œuvre- mais bien un ensemble de mesures contribuant à améliorer les conditions de travail et d'exercice professionnel, ainsi qu'à développer et entretenir continuellement un sentiment d'appartenance à une institution hospitalière. Celui-ci semble d'ailleurs nourri par l'autonomie, la participation aux décisions et la possibilité d'apprentissage.

3 APPROCHE COMPREHENSIVE PAR ENQUETE

3.1 LE CADRE DE L'ENQUETE

Le cadre de recherche repose sur trois principaux points : les populations, les lieux et les outils d'enquête.

3.1.1 Les acteurs enquêtés

Nous avons d'enquêté auprès des acteurs concernés : Etudiants en soins infirmiers de troisième année, jeunes professionnels nouvellement affectés dans des services, cadres de santé : de proximité et supérieurs, confrontés à la problématique du recrutement et de la fidélisation des personnels et directeurs de soins, exerçant dans des établissements de santé. De plus, nous avons fait le choix d'interviewer des directeurs des ressources humaines pour évoquer avec eux la politique de recrutement, ainsi que les directeurs de soins, conseillères technique et pédagogique à la DRASSIF.

Les effectifs se ventilent ainsi :

Groupe	Groupe 1 : Les étudiants en soins infirmiers	Groupe 2 : Les infirmières	Groupe 3 : Les cadres et cadres supérieurs de santé	Groupe 4 : Les directeurs des soins et coordonnateurs	Groupe 5 : Les DRH
Effectif	178	5	8	7	3
Répartition par lieu	IFSI, EPS	- 2 IDE en EPS - 3, en PSPH	- 5 cadres en EPS - 3, en PSPH	- 4 DS en EPS - 1, en PSPH - 2 conseillères à la DRASSIF	- 2 DRH en EPS - 1, en PSPH

Les étudiants ont été enquêtés par voie de questionnaire et les infirmières, cadres de santé et directeurs, par entretien.

3.1.2 Une enquête réalisée dans des établissements publics et dans un PSPH

L'enquête s'est déroulée entre mars et juin 2005, en Ile-de-France dans trois établissements publics de santé (EPS) et un établissement privé participant au service public (PSPH).

Les caractéristiques de ces quatre établissements sont les suivantes :

Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4
EPS 1634 lits et places 4600 professionnels	EPS 783 lits et places 2950 professionnels	EPS 650 lits et places 3250 professionnels	PSPH 227 lits et places 1180 professionnels

3.1.3 Les outils : entretien semi-directif et questionnaire

C'est l'entretien semi-directif qui a été principalement retenu, car la démarche se veut compréhensive. Par conséquent, une série de questions ouvertes a été soumise à chaque participant, afin de recueillir les informations nécessaires à l'étude. Cette technique nous a semblée plus appropriée dans une étude plus qualitative que quantitative, qui vise à expliciter les pratiques professionnelles et les choix stratégiques et en adéquation avec la taille réduite des différents groupes d'acteurs. Les grilles sont annexées au présent document (cf. Annexes I, II, III).

De plus, un questionnaire a été soumis à une promotion d'étudiants de troisième année, afin de connaître leurs motifs d'orientation vers un établissement et un service en particulier (cf. Annexe IV).

Au total, 178 questionnaires et 23 entretiens ont été exploités.

3.2 FORCES ET LIMITES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE

Les points forts de l'enquête reposent sans doute sur la quantité et qualité des informations recueillies. Toutefois, il convient de souligner que les infirmières interviewées étaient des personnes en poste. Il eut été intéressant de rencontrer des professionnels ayant quitté les établissements et de les interviewer sur les motifs de leur départ, même si cadres et dirigeants n'en ont largement parlé.

Il est à noter que les résultats ne diffèrent pas selon le statut des structures (EPS ou PSPH). Par conséquent, nous les présenterons sans les distinguer.

3.3 LES RESULTATS

3.3.1 Les étudiants en soins infirmiers

178 ESI sur les 194 composant la promotion 2002-2005 ont répondu au questionnaire. Le taux de retour est de 92%.

92 % sont des femmes et la majorité des étudiants, soit 79%, a entre 20 et 25 ans. 70% d'entre eux vivent seuls et seuls 4% ont des enfants.

➤ ***Huit étudiants sur dix souhaitent rester en Ile-de-France***

79% des ESI souhaitent rester en Ile-de-France au terme de leurs études. Ils sont 11% à vouloir quitter la région et 10% à ne pas se prononcer. Un tiers des étudiants interrogés a un engagement avec un établissement ou une institution. Il est à noter que la moitié de ces personnes a déjà des projets de mobilité au terme de l'engagement : souhait de mobilité géographique, de changement de service ou d'hôpital, ou formation de puéricultrices.

➤ ***La localisation et les disciplines d'un établissement comme motifs d'orientation des étudiants***

Les motifs d'orientation des étudiants vers un établissement sont sa localisation, en premier lieu et la diversité des disciplines et spécialités, en second lieu. Puis, leur attention se porte sur le statut de l'établissement (public, privé, PSPH). L'image des soins infirmiers et la renommée de l'établissement viennent après. Il est à noter que la connaissance de l'établissement se fait à part égale par les échanges avec des amis ou des proches et par les stages (un cas sur deux). La documentation et les salons professionnels constituent des sources d'informations secondaires.

➤ ***Le service qu'ils veulent dans les conditions qu'ils veulent***

Les futurs professionnels veulent en très grande majorité choisir le service dans lequel ils travailleront. C'est essentiel pour eux. Ils désirent aussi pouvoir articuler vie professionnelle et vie privée et travailler dans de bonnes conditions. Leurs attentes sont nombreuses. Ils souhaitent que le directeur des soins leur donne la possibilité de changer facilement de service, et de bénéficier d'une formation continue. Ils veulent également un développement de carrière, ainsi qu'un tutorat lors de leur intégration.

➤ ***Une stabilité conditionnelle***

Les ESI attendent du service qu'ils intégreront qu'il soit source d'apprentissage et que les soins y soient diversifiés et de qualité. Une mauvaise ambiance de travail, une mésentente au sein de l'équipe, des désaccords et des conflits, ou des conditions de travail défavorables (en termes de charge de travail, horaires, roulements...) sont d'ores et déjà les principaux motifs de départ prévisible.

Par conséquent, entre attentes et exigences, et souhait de mobilité au terme du contrat d'engagement, la fidélisation apparaît fragile et conditionnelle.

L'ensemble des résultats est annexé au présent document (cf. Annexe V).

3.3.2 Les infirmières

Les cinq infirmières interviewées ont entre 22 et 30 ans et ont été diplômées en 2003 ou 2004. Trois sur cinq ont fait des missions d'intérimaire avant d'intégrer un établissement de santé. Ce choix est motivé par le fait de « *vouloir voir et découvrir un maximum de choses* ⁴⁷ » et gérer son planning.

➤ **S'informer et voir avant de s'engager**

Les IDE découvrent l'établissement par leurs propres moyens : vacances, stage, accompagnement d'un proche, recueil d'informations au moment de réaliser le mémoire de fin d'études, écho positif d'une amie y travaillant. La candidature se fait par courrier ou par mail et les candidates sont rapidement reçues. La réactivité et la disponibilité des recruteurs sont appréciées. La rencontre avec les cadres responsables de secteur, la visite des locaux et la possibilité de rencontrer des IDE en poste sont des éléments déterminants. « *J'ai pu voir les locaux, la propreté, le confort des chambres, la disposition du poste de soins, le bureau des médecins à côté, la présence des personnels et les effectifs dont on m'avait parlé.* »

➤ **Bénéficier d'une période d'intégration**

Ensuite, les IDE considèrent comme déterminante la période d'intégration. Celle-ci d'une durée de deux à quatre semaines permet de se familiariser avec l'organisation du service, les protocoles spécifiques, et « *d'entrer progressivement dans l'équipe* ». Une infirmière a même choisi son poste en fonction du dispositif d'intégration qui lui était proposé : « *Un mois, je n'avais jamais vu cela. C'est rare et c'est super. Et en même temps, c'est varié et ce n'est pas du luxe* ». Cette période semble importante pour prendre ses marques, être à l'aise et repérer les appuis possibles. « *Cinq infirmières m'ont aidée et ont recalculé mes seringues, tandis que d'autres vont vous enfoncer* ». Enfin, les IDE considèrent l'intégration comme une période d'essai, permettant de valider ses choix. « *Au départ, je teste. Je n'avais même pas défait mes bagages, et j'avais en tête d'autres hôpitaux* ».

➤ **Exercer dans un cadre sécurisant et permissif**

Toutes se plaisent actuellement dans les services, pour y avoir fait leur place et y être reconnues. Les motifs de satisfaction sont « *l'équipe et le travail* ». Ainsi, une bonne ambiance de travail, fondée sur la possibilité de se dire les choses, une entraide et une solidarité est importante. Mais, les IDE apprécient des relations de qualité avec les cadres et les médecins. Ainsi, des « *surveillantes accessibles et abordables* », de même que des médecins disponibles pour les patients et les infirmières sont des éléments maintes fois énoncés. Les IDE mentionnent en particulier la qualité des prescriptions médicales,

⁴⁷ Les phrases en italique sont des verbatim

comme étant un facteur de sécurité pour elles. *« Au départ, ça paraît de la paperasse, et après ça permet d'être fiable et de s'appuyer sur quelque chose de solide ».*

➤ ***Etre considéré(e) et reconnu(e) pour durer***

Les motifs qui donneraient envie de partir sont multiples. Le manque de concertation et d'informations sur l'évolution du service est déstabilisants pour les infirmières. Elles veulent aussi avoir le temps de prendre en charge convenablement les patients et *« que la qualité du travail donné soit respectée »*. De plus, la mise en place progressive de la T2A induit une augmentation perceptible des rythmes de travail, dans certains secteurs. *« Avec la T2A, l'hôpital de jour doit être rentable, mais nous, on ne suit pas »*. Notons aussi que le salaire est jugé insuffisant par rapport à certaines cliniques qui semblent *« mieux payer »*. La prime d'installation est nécessaire, pour permettre en outre un aménagement en région parisienne. *« La prime d'intégration, c'est pas négligeable pour se loger en arrivant sur Paris... c'est hyper cher ! »*.

➤ ***Avoir aussi une vie en dehors de l'hôpital***

Un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée est déterminant pour les personnes interrogées. *« Je ne vis pas pour être infirmière et j'ai une vie privée. Je veux sortir, manger, partir en vacances »*. Cet équilibre permet d'assumer la charge mentale et de vouloir rester dans le service. *« J'ai trouvé mon équilibre. Mes horaires me permettent de partir, de sortir, de voir mes amis. J'ai besoin d'évacuer »*.

➤ ***Un projet de mobilité à deux ans***

A la question *« Où vous voyez-vous dans deux ans ? »*, toutes les personnes interrogées répondent qu'elles ne seront plus dans le même service, même si actuellement elles ne sont pas en mesure de dire précisément ce qu'elles feront et où elles exerceront. Certaines évoquent l'envie de partir travailler à l'étranger, de tenter une expérience en soins palliatifs, de travailler en diabétologie ou en psychiatrie...Elles expriment qu'en ayant travaillé dans un secteur ou un département, elles connaissent globalement l'hôpital et envisagent par conséquent de changer d'établissement pour quatre personnes sur cinq.

Par ailleurs, une enquête a été réalisée auprès d'une cohorte de 49 jeunes infirmières ayant moins de dix-huit mois d'ancienneté, dans un des établissements franciliens où nous avons effectué notre étude. Cette enquête qui n'a pas encore été publiée⁴⁸, met en évidence différents motifs de fidélisation : les spécialités des services de l'hôpital et la proximité du domicile, la qualité des relations internes au sein du service avec l'équipe, la renommée de l'hôpital et sa qualité d'équipement. A contrario, les motifs de départs seraient majoritairement liés à la désorganisation du travail, au manque de personnel et à

une charge de travail excessive. Des plannings ne donnant pas satisfaction feraient quitter l'hôpital. Enfin, un déménagement conduirait un petit nombre d'infirmières à un rapprochement de domicile.

Ces divers éléments sont confirmés par un cadre, qui conduit des entretiens auprès des infirmières démissionnaires sur un autre établissement où nous avons enquêté. Selon lui, il existerait quatre principales causes de démission : les raisons familiales (mutation du conjoint, déménagement,...), la désorganisation des services source d'insécurité pour les jeunes professionnelles, les changements de planning et d'horaires incessants, et enfin l'impossibilité d'accès à la formation continue.

3.3.3 Les cadres de santé

Les cadres de santé interrogés sont au nombre de sept. Quatre sont cadres de proximité et trois, cadres supérieurs. Six ont la responsabilité de secteurs de 40 à 200 personnes. Un est en mission transversale, en charge du recrutement.

➤ *Un turn-over des infirmières accéléré pour de multiples raisons*

Le turn-over est important dans les différents secteurs où travaillent les cadres rencontrés. Un cadre précise ainsi que 80% des infirmières travaillant de jour ont moins de deux ans d'ancienneté et 70% moins de 26 ans, un autre a renouvelé la moitié de son équipe en dix-huit mois.

Les raisons sont globalement de trois ordres : naturelles liés aux départs plus fréquents à la retraite, proactives pour réaliser un projet professionnel de devenir infirmière spécialisée ou cadre de santé, et enfin réactives parce que le service ne convient plus. « *Je perds tous mes gens, ils partent pour évoluer* » dit un cadre. « *Psychologiquement, c'est épuisant l'accompagnement de jeunes adultes* », dit un autre.

Enfin, dans l'état actuel de l'offre et de la demande en matière d'emploi infirmier, « *les jeunes essaient plusieurs établissements, ça bouge beaucoup parce qu'il y a des postes partout* ».

➤ *Des cadres largement associés au recrutement des infirmières*

On note plusieurs modalités de recrutement : les cadres reçoivent parfois des candidats et adressent au DS les personnes qu'elles souhaitent recruter au sein de leur équipe ; les DS la plupart du temps reçoivent les candidats et les envoient ensuite aux responsables d'équipe ; enfin, certains cadres sont recruteurs de façon permanente ou intermittente. Ainsi, certains DS ont mis en place des structures de recrutement : cadre chargé de

⁴⁸ Enquête conduite et réalisée par mesdames Bousquet, Chauvet, Jossier, Poncet, Schwall et monsieur Toullic, en mai 2005

mission, effectuant les entretiens d'embauche, cellule de recrutement animée par des cadres, recevant les postulants et les sélectionnant sur la base de procédures.

Les cadres associés au recrutement, font participer leurs adjoints et sollicitent les responsables médicaux des unités. Ils insistent sur le fait d'apporter des informations précises et d'« être sincère et de pas faire miroiter des choses qui ne sont pas », de laisser un temps de réflexion au candidat, de lui proposer de rencontrer une « *personne de sa communauté professionnelle* ».

➤ **Leur implication dans l'intégration des jeunes professionnels**

Les cadres que nous avons rencontrés ont tous mis en place un projet d'intégration des jeunes professionnels, d'une durée moyenne de trois semaines. Un document a été formalisé et il est remis aux nouveaux membres de l'équipe, lors d'un entretien d'accueil conduit par le manager. Ce livret comprend des informations générales sur le service, les objectifs d'apprentissage, le phasage de la période d'intégration avec des étapes de difficulté croissante, et un planning d'évaluation de la progression. Enfin, un référent professionnel, dénommé « *tuteur* » ou « *parrain* » est désigné. A ce dispositif viennent parfois s'ajouter des cours dispensés par les médecins ou des informations apportées par les secrétaires hospitalières concernant les démarches administratives.

➤ **Leur responsabilité dans la fidélisation des infirmières**

Les cadres mettent en œuvre plusieurs actions permettant de fidéliser et de dynamiser l'équipe au sein du service. Car, « *un service dynamique est un service attractif pour la population et les professionnels* ».

Parmi ces actions, l'implication précoce des jeunes recrues dans des groupes de travail est déterminante. Ainsi, des travaux sont conduits par une équipe puis présentés en interne et en centres de formation. Un autre cadre mobilise les membres de son équipe sur la base de trois objectifs annuels ayant trait l'un à la prise en charge des malades, le second au matériel et le dernier au projet de service. Les travaux et réflexions servent ensuite le collectif.

Mais au-delà de l'intérêt de la tâche, des facteurs plus subjectifs sont soulignés. Ainsi, la valorisation est capitale. « *Je leur dis : ce que tu fais est important. Car, l'épuisement passe par la non reconnaissance des efforts fournis* ». L'ambiance pour plusieurs cadres « *y est pour quelque chose* » dans la fidélisation. Ainsi, chacun se doit d'y contribuer : les cadres bien sûr, mais aussi les infirmières en poste et les médecins. « *La façon dont les médecins se comportent compte aussi. Souhaitent-ils une véritable collaboration ou pas ?* ».

Enfin, des temps de réunions constructifs sont nécessaires pour fidéliser, permettant notamment « *de donner son avis, d'obtenir des réponses médicales à ses interrogations et de confronter son ressenti* ». « *Les limitations et arrêts thérapeutiques se décident en collégialité lors de staffs éthiques* ». De même, l'accès à la formation continue et son

réinvestissement au sein du service, ainsi que des conditions de travail favorables fondées et en particulier sur une « *charge de travail acceptable* » sont pour les cadres des éléments déterminants.

Enfin, « *Le cadre est lui-même un facteur de fidélisation : il transmet les connaissances et développe un sentiment d'appartenance* ».

➤ **Leur constat d'une évolution du rapport au travail et à la hiérarchie**

Les cadres de santé constatent que les jeunes professionnels sont différents de leurs aînés dans leur relation au travail et à la hiérarchie. Ainsi, le travail n'a pas la même place dans leur organisation et dans leur vie, si bien que « *les jeunes donnent peu de temps personnel et sont axés sur les plannings et les jours de congés* ». Ensuite, ils osent discuter, contester, négocier avec les cadres. Ils sont demandeurs et « *ont des droits, plus que des devoirs* ». Enfin, ils réclament des protocoles médicaux, ce qui a pour conséquence d'augmenter les conditions sécuritaires d'exercice mais de limiter la part d'initiatives.

Par ailleurs, les cadres les trouvent sensibles à l'informel (ambiance, accueil, ...) et plus favorables au changement « *les jeunes sont mobiles, on les forme et elles partent* ».

En revanche, les jeunes professionnels comme leurs aînés, connaissent peu le fonctionnement de l'hôpital et les missions des cadres de santé.

➤ **Un management amené à s'adapter**

Face au comportement changeant des nouvelles recrues, les cadres de santé sont amenés à adapter leurs pratiques managériales.

En termes d'animation, les cadres ont à donner du sens aux décisions qu'ils prennent, à expliquer et à argumenter, car « *les jeunes veulent connaître les raisons de faire cela et de le faire comme cela* ».

Le management participatif s'impose visant à « *leur accorder une place et à les associer* » ainsi qu'à « *respecter les initiatives et leur permettre de trouver des solutions par eux-mêmes* ». La participation concernant les plannings, le choix des équipements et du matériel, et les outils de travail sont ainsi évoqués par plusieurs personnes.

La confiance est aussi décrite comme essentielle. « *A distinguer de la convivialité, elle est la capacité à dire les choses et les dysfonctionnements, pour que les infirmières les entendent et réajustent* ».

Un cadre souligne enfin l'importance de développer chez les jeunes professionnels une culture du collectif et de renforcer l'esprit d'équipe et de solidarité, « *pour travailler ensemble et pas pour son nombril* ». Un autre insiste sur la nécessité de faire travailler ensemble juniors et seniors, afin de transmettre les savoirs, de préserver la compétence collective et de limiter les tensions intergénérationnelles. « *Les jeunes infirmières de trente ans ne supportent pas celles de 60, qui disent « c'était mieux avant ! » ou « on a*

toujours fait comme cela ! ». Au cadre de santé de respecter les initiatives, de valoriser les savoir-faire et tours de main, et favoriser la solidarité.

3.3.4 Les directeurs des soins

Nous avons enquêté auprès de sept directeurs et coordonnateurs des soins. Cinq d'entre eux exercent dans des établissements de santé et ont la responsabilité de 250 à 750 infirmières. Deux coordonnateurs sont conseillères technique et pédagogique à la DRASSIF.

➤ **Une pénurie d'infirmières aux contours hétérogènes**

La situation semble très différente d'un hôpital à l'autre et d'un service à l'autre. Certains établissements franciliens dénombrent pas moins de 70 postes d'infirmières vacants, alors que d'autres n'en ont quasiment pas. Cependant, certains secteurs comme la gériatrie et la psychiatrie connaissent actuellement de réelles difficultés de recrutement. Car, *« les jeunes diplômées sont demandeuses du plateau technique, réa, urgences, soins post-interventionnels, mais aussi de la pédiatrie et réa néo-nat, pour la notoriété du secteur enfants »*...*« La psychiatrie les attire pour son secteur extrahospitalier. Elles y trouvent l'autonomie et les horaires à la carte »*.

De plus, il existe aussi un écart entre la perception des professionnels au sein des services et les données chiffrées concernant les postes occupés et ceux qui ne le sont pas : *« Il y a des postes vacants au lit du malade, les départs se faisant avant les remplacements. On est contraint par les sorties d'écoles, deux fois par an »*.

Il est aussi à signaler l'augmentation des absences de courte durée (3 à 5 jours), qui pèsent sur la charge de travail et majorent les problèmes d'effectifs dans certains établissements.

➤ **Pallier le manque d'infirmières et assurer la continuité des soins**

En dépit des difficultés de recrutement dans certains établissements, les DS doivent assurer la continuité des soins aux patients. Par conséquent, certains font appel aux vacataires ou aux intérimaires. *« Nous avons travaillé avec la boîte d'intérim, pour identifier les compétences qu'il convenait d'avoir pour venir travailler ici »*. D'autres recrutent des infirmières espagnoles, pour lesquelles ils organisent un accompagnement individualisé. Enfin, un DS ayant de nombreux postes de nuit vacants met en place sur son établissement *« l'autonomisation »*. Cette organisation vise à rendre chaque secteur autonome, en favorisant la mobilité inter équipe des infirmières entre le jour et la nuit.

Un autre recrute actuellement des infirmières en secteur de gériatrie avec un contrat de un an et l'engagement de proposer un autre service au terme des douze mois écoulés.

➤ **Augmenter l'attractivité**

Pour augmenter l'attractivité vers les établissements, les DS travaillent fond et forme. Le fond concerne la renommée et la qualité des prestations aux patients, ainsi que les conditions de vie au travail des professionnels. Quant à la forme, elle intéresse la communication et la façon de faire connaître et faire reconnaître l'établissement. *« Nos facteurs d'attractivité ? Le nom et la renommée de l'établissement, une maison à taille humaine et un vaste panel de spécialités des plus techniques aux plus relationnelles et les jeunes veulent les deux aujourd'hui : acquérir des compétences techniques sans négliger le côté relationnel ».*

« Le projet de soins comprend deux axes : le premier vise la qualité des soins et le second les moyens à déployer auprès des personnels pour leur permettre d'y parvenir : temps dédié à la formation et au développement d'expertise en soins, groupes de paroles conduits par une psychologue dédiée ».

Concernant les moyens d'augmenter l'attractivité vers les hôpitaux, les directeurs *« occupent le terrain »* et mentionnent diverses mesures, dont la publicité dans les revues professionnelles, les sites Internet, les salons professionnels et de recrutement. Ils travaillent de concert avec leurs homologues des centres de formation et interviennent auprès des étudiants de troisième année, pour présenter les services et les postes vacants. Mais, les stages et notamment le stage de projet professionnel sont des voies privilégiées de recrutement. *« Le stage pré professionnel est une excellente chose. C'est déjà une mise en situation facilitant l'intégration. Il permet de recruter trois étudiants sur quatre ».* Les DS mentionnent aussi les contrats d'allocation d'études, qui ont une dimension prospective et qui sont *« un pari sur les professionnels et un pari de l'accompagnement »*. Dans ce cadre, ils sollicitent leurs collaborateurs pour élaborer une charte de l'encadrement des stagiaires, ainsi que des projets d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels.

➤ **Rénover les modalités de recrutement**

Le recrutement aujourd'hui nécessite du temps et des moyens. En effet, il s'agit de rencontrer la plupart des postulants, sachant que les candidats retenus ne viendront pas tous travailler dans l'hôpital. Certains DS consacrent une part importante de leur activité au recrutement. *« Elles (les infirmières) viennent voir ce que l'on peut leur proposer. J'ai vu une personne hier qui avait pris cinq rendez-vous autour de son habitation. Au terme de l'entretien elle m'a dit qu'elle allait voir... Moi, c'est tout vu, ça m'a pris trois quarts d'heure ».*

Pour faciliter le recrutement, l'un d'entre eux a mis en place une cellule de recrutement, où six cadres de santé rencontrent les postulants, *« afin d'augmenter la réactivité et affirmer le rôle des encadrants dans le recrutement »*. Un autre s'est entouré d'un cadre en charge du recrutement et réalisant plus de 200 entretiens par an.

L'entretien de recrutement comprend toujours deux temps : la vérification des compétences énoncées et des expériences acquises, d'une part et la réponse aux questions et attentes d'autre part. Il semblerait qu'aujourd'hui les postulants arrivent avec davantage de questions et de points de négociation, l'intégration dans les secteurs constituant une de leurs préoccupations. *« Il faut s'adapter et rebondir. Il y a des règles, mais le personnel nous demande du sur-mesure. Le problème du recrutement est de faire coïncider l'intérêt du patient, l'intérêt collectif et l'intérêt individuel ».*

➤ **Renforcer la fidélisation**

Tous les DS sont unanimes. Il n'existe pas de recette en la matière, car l'approche est pluridimensionnelle. *« Il n'y a pas de recette et le changement est le résultat d'une volonté collective ».* Il s'agit en effet de répondre aux attentes multiples des jeunes professionnels, sachant que certains sont axés sur les conditions de travail, d'autres sur la formation et le déroulement de carrière et d'autres encore sur le soin et la relation au patient. Enfin, tous souhaitent être dirigés dans la permission, le dialogue et la négociation. *« Personne ne dispose de solution clés en mains. Il convient de faire preuve de souplesse et d'ingéniosité. »...« Une infirmière a dit : « Avant on nous voulait dévouée, maintenant en plus on nous veut fidèle ! ». Je pense que l'on ne fidélise pas, mais que les gens se fidélisent par la professionnalisation et le développement de compétences ».*

Nous avons relevé un ensemble d'actions conduites par les directeurs des soins interviewés, que nous regrouperons en plusieurs catégories : conditions d'exercice et environnement de travail, formation, soins et enfin management.

- Concernant les conditions d'exercice et environnement de travail nous avons relevé les actions suivantes : prescriptions médicales lisibles et informatisées, mesures de contrôle de la préparation des chimiothérapies en cas de non centralisation, outils d'information modernes et performants, limitation de la charge de travail en complétant les postes vacants, limitation du burn out des professionnels par la mise en place de groupes de parole animés par un personnel dédié, réduction des tâches afférentes aux soins par la création de postes de secrétaires hospitalières et de coursiers, ouverture de postes en 12 heures permettant de travailler moins fréquemment, réorganisation du travail et modification des horaires d'arrivée des personnels en fonction de l'activité.

- Concernant la formation : mise en place d'organisations apprenantes au sein des secteurs pour développer les compétences par des cours dispensés par des experts médicaux et soignants, de la formation continue et du tutorat, valorisation des nouvelles acquisitions en accordant notamment une place aux infirmières suivant des formations universitaires.

- Au sujet du management : mobilisation des cadres pour animer et accompagner les plus jeunes et les plus âgés sur la base d'un management rénové, sensibilisation et

implication des médecins dans l'accueil, l'information et la collaboration inter-professionnelle, dynamique de projets impliquant les nouveaux personnels.

- Pour les soins : développement d'activités innovantes « *bonnes pour les malades et les soignants* » telles que les consultations infirmières (citons par exemple les plaies et cicatrisations, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs).

De plus, certains DS considèrent la fidélisation comme un processus, pour lequel des constats et des évaluations sont nécessaires. Ainsi, la rencontre avec les personnels souhaitant quitter l'établissement permet d'analyser les motifs de turn-over et d'envisager de nouvelles pistes de réflexion. De même, un bilan de l'intégration au terme de six mois passés dans l'établissement pourrait permettre d'évaluer le vécu des nouvelles recrues et de leur proposer éventuellement une nouvelle affectation, si la première ne leur convenait pas.

➤ ***Et, si cela devait durer !***

Un DS soutient que le turn-over est une nouvelle donne et qu'il faut maintenant l'intégrer et en tenir compte dans la mise en place de nouvelles organisations. « *Il faut arrêter d'organiser les services pour les permanents et faciliter le travail des non permanents* » Ainsi, il convient de standardiser les rangements des postes de soins et d'unifier les protocoles de soins et protocoles médicaux au sein des départements ou futurs pôles, pour faciliter l'opérationnalité des professionnels et sécuriser les pratiques. Par ailleurs, un autre axe d'amélioration vise à conduire une réflexion sur les tâches afférentes aux soins. En effet, celles-ci représenteraient entre 20 et 50% de la charge de travail de l'infirmière. Réalisées par d'autres professionnels, elles permettraient de limiter les besoins en personnel infirmier et « *conduiraient les soignants à ne faire que des soins* ». De plus, il convient d'organiser la mobilité inter-établissements. « *C'est la génération zapping. Les infirmières disent qu'ici c'est super. Néanmoins, elles ont besoin de voir si l'herbe est plus verte ailleurs* ». Par conséquent, il serait intéressant de construire des partenariats et « *de réfléchir ensemble au sein d'un même bassin géographique* », afin d'établir des coopérations avec d'autres hôpitaux. De même, des contrats pourraient aussi être passés avec les associations humanitaires.

3.3.5 Les directeurs des ressources humaines

Trois directeurs des ressources humaines ont été interviewés, deux exercent dans le secteur public et un, en PSPH.

➤ ***Une politique de recrutement plurielle***

Les DRH présentent les nombreuses mesures déployées pour favoriser le recrutement des infirmières, notamment le stage de projet professionnel et la mise en place d'une allocation d'études. « *La politique de recrutement des infirmières repose sur diverses*

mesures : l'appel à des infirmières espagnoles, avec un accompagnement pour le logement prévu par les textes, un recrutement en stage, la préparation d'une prime d'installation au moment du recrutement, le contrat de pré-recrutement avec un engagement de servir, une politique d'écoute sociale vis-à-vis des services, un contact avec les nouvelles promotions et leur accompagnement en partenariat direction des soins – direction des ressources humaines ainsi que leur information sur l'évolution du projet médical, l'optimisation de la crèche, le recrutement enfin au salon infirmier et salon du recrutement ».

Un DRH souligne l'importance de mobiliser l'ensemble des acteurs et notamment la communauté médicale pour recruter au salon infirmier et intervenir dans les centres de formation : *« Il faut sensibiliser tous les niveaux et chacun doit mouiller sa chemise. La clé du succès passe par l'implication de tous les acteurs ».*

Par ailleurs, l'ouverture d'une ligne de téléphone dédiée au recrutement a permis sur un établissement de répondre sans retard aux questions des postulants et de leur fixer des rendez-vous dans les meilleurs délais.

➤ ***Le management intergénérationnel, comme condition de réussite de la fidélisation***

Concernant la fidélisation, les DRH insistent sur l'impact du management des cadres sur les jeunes professionnels. Seul un management intergénérationnel, reposant sur une modification de la relation manager/subordonné et sur une relation équilibrée entre juniors et seniors au sein de l'équipe permet de développer l'implication et le sentiment d'appartenance nécessaire à la fidélisation. *« Il convient de mettre en place un management de proximité capable de supporter le choc culturel des jeunes générations, à savoir une autre relation au travail : être rémunéré pour ce que l'on fait et pouvoir avoir des congés que l'on a choisis ».*

Il est aussi souhaitable, tout en s'adaptant aux caractéristiques des nouvelles générations, de leur apprendre à travailler ensemble. *« Ce ne sont pas les jeunes qui vont changer. C'est à nous à nous adapter à leur côté « Téfal ». A nous néanmoins de leur inculquer le respect de la parole donnée et de leur apprendre un minimum de règles... Ils ont à développer l'interdépendance et la responsabilisation, eux qui pensent « moi tout seul » ».*

➤ ***L'existence d'une concurrence inter-établissements***

« Ce qui est rare est cher et les infirmières font payer leur rareté »... Dans un contexte de raréfaction des professionnels infirmiers en Ile-de-France, les DRH cherchent à être inventifs, pour atteindre le double objectif de *«pourvoir 100% des postes vacants et limiter le turn-over à 5%»*. Un DRH propose ainsi des horaires en douze heures. *« Les 12 heures ont un intérêt pour les jeunes sans contraintes et ils ne travaillent que 120 jours ou 120 nuits par an »*. Un autre DRH dit s'appuyer sur ses points forts que sont la renommée, la

localisation de l'établissement et les conditions de travail comme facteurs d'attractivité. Il souhaite développer par ailleurs « *ses points faibles, comme leviers de fidélisation* », à savoir le déroulement de carrière des infirmières, leurs relations avec les cadres et les médecins et enfin le recours au bénéfice de la crèche et du logement.

Selon lui, « *le salaire ne constitue qu'une réponse à court terme* »⁴⁹. Dans son établissement, l'ancienneté des infirmières recrutées au cours des cinq dernières années est passée dans l'établissement en un an « *de 2 ans, 6 mois à 1 an, 7 mois* ». Par conséquent, il prévoit de mettre en œuvre dès septembre un plan de recrutement et de fidélisation basé sur un parcours qualifiant et professionnalisant. Ce plan ne nous a pas été communiqué pour ne pas être divulgué.

3.4 SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE ET VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

L'enquête conduite auprès des futurs professionnels, infirmières cadres et directeurs met en évidence une évolution certaine des comportements des jeunes professionnels au travail, fondée sur la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. De plus, leur investissement est conditionné par la nature de leur motivation individuelle, la reconnaissance de leurs pairs, de leurs partenaires de travail et supérieurs hiérarchiques, et la compréhension des enjeux.

Les infirmières mettent l'accent sur leurs relations avec les médecins et les cadres, ce que les élèves infirmières n'ont pas encore perçu. Les cadres de santé interrogés ont perçu leur place dans le processus de recrutement et de fidélisation et ont adapté leur management aux exigences de la nouvelle génération. Les DS développent diverses actions visant à favoriser le recrutement et limiter le turn-over des infirmières. L'un d'eux cependant, considère que nous sommes rentrés dans une ère nouvelle où le turn-over est devenu une constante, qu'il convient de prendre en compte dans l'organisation des services et dans la collaboration inter-établissements. Enfin, les DRH insistent sur la pluralité de la politique de recrutement et sur la nécessité de mettre en œuvre un management intergénérationnel.

Ces principaux résultats permettent à présent de vérifier les hypothèses.

⁴⁹ Concernant les rémunérations, le salaire moyen d'une infirmière est actuellement de 1296 euros net¹⁶, sachant qu'un infirmier travaillant en Ile de France est payé 6% de plus qu'en province et qu'un professionnel de secteur public gagne environ 6% de plus que dans le secteur privé. Source DREES 2005

Nous en avons formulé quatre :

1) Les jeunes professionnels de santé ont un rapport au travail, reposant sur une articulation harmonieuse entre vie professionnelle & vie privée. Ils considèrent également comme essentielles leurs conditions de travail.

Les jeunes générations ont sacralisé leur vie privée. Les futurs professionnels le disent majoritairement, de même que les infirmières, les cadres et les directeurs. Toutefois, de bonnes conditions de travail sont nécessaires mais non suffisantes. En effet, l'ambiance de travail et surtout l'intérêt au travail sont tout aussi importants.

2) L'accueil réservé aux nouveaux personnels, ainsi que le dispositif d'intégration proposé par l'encadrement paramédical sont déterminants pour retenir durablement de jeunes professionnels dans un poste. L'encadrement est en effet un élément pivot de la réussite de la démarche.

L'accueil et l'intégration sont essentielles dans le recrutement des infirmières et notamment l'accueil réservé par les pairs et les cadres de santé. La durée et les modalités de l'intégration constituent un des facteurs de choix d'un établissement. La période d'intégration permet de connaître le service, les projets institutionnels et de développer un sentiment d'appartenance. Cependant, l'intégration ne détermine pas à elle seule la longévité d'une infirmière dans un établissement. D'autres facteurs semblent entrer en jeu tels que la formation continue, par exemple. De plus, le comportement des médecins a été largement évoqué par les infirmières, les cadres et les DS comme étant un facteur contributif de la fidélisation.

3) Le management, déployé par les dirigeants et les cadres, est un facteur de réussite de la fidélisation des personnels soignants, à la condition de favoriser notamment le développement des compétences et la dynamique de projets.

Le management semble déterminant dans la fidélisation des personnels. Tous en témoignent : infirmières, cadres et directeurs. Celui-ci doit s'appuyer sur le développement des compétences et la dynamique de projets, d'une part et sur un management intergénérationnel et de confiance, d'autre part.

4) La politique de recrutement, pilotée par le DH et le DRH et relayée par le DS, renforce l'attractivité des jeunes professionnels de santé.

La politique de recrutement favorise l'attractivité, lorsqu'elle est intégrée à un projet social. Celui-ci doit porter sur des conditions de travail favorables, une politique promotionnelle, et un dialogue social, qui se concrétisent dans les unités de soins et qui soient visibles de l'ensemble des professionnels. Ce travail est rendu possible par une excellente collaboration entre directeur des soins et directeur des ressources humaines.

In fine, nous ne pouvons que partiellement valider nos hypothèses.

4 DIX PRECONISATIONS POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

L'éclairage théorique, la prise en compte des résultats de notre enquête, ainsi que la confirmation partielle de nos hypothèses nous permettent de formaliser à présent dix préconisations, portant sur la formation, la carrière, les conditions de travail et les organisations et le management. Nous les avons numérotées, sans pour autant établir de rang de priorité entre elles.

4.1 COMMUNIQUER SUR L'ETABLISSEMENT, SES OBJECTIFS ET SA QUALITE DES SOINS

4.1.1 Mettre en place un leadership visionnaire

« L'art du leadership réside dans la formulation d'une vision clairement structurée de l'avenir, qui soit simple, facile à comprendre et stimulante, et qui puisse se décliner en objectifs clairement identifiables. Mais, susciter une vision ne suffit pas. Pour exercer une influence, il faut aussi faire comprendre aux autres (supérieurs, pairs et subordonnés) le but à atteindre⁵⁰. Il s'agit donc pour le DS de donner une visée et d'apporter de la compréhension aux professionnels sur les enjeux de politique de santé, afin qu'ils deviennent acteurs de changement.

Le projet de soins donne de la lisibilité sur l'avenir. Remis aux postulants, il apporte des informations sur les conceptions, les vellétés et les normes de pratiques du service des soins.

De plus, il convient aussi de favoriser les pratiques innovantes, telles que la recherche en soins infirmiers, les consultations infirmières et les pratiques avancées⁵¹, gages de dynamisme et intérêt renouvelé au travail pour les professionnels.

Enfin, le DS se doit de s'entourer de collaborateurs attachés à l'établissement et impliqués, afin qu'ils inspirent à leur tour à leur équipe engagement et loyauté.

4.1.2 Communiquer sur les réalisations du service des soins

Il s'agit de communiquer sur les missions, les ambitions du service des soins. A cette fin, divers moyens peuvent être utilisés : les interventions dans les centres de formations et éventuellement les lycées, les événements tels que les journées « portes ouvertes » et journées d'« actualités soignantes », et surtout par le biais d'Internet qui constitue pour les

⁵⁰ Stordeur S. Surveillantes et nouvelles capacités de leadership, Soins cadres, N°42, mai 2002, page 54

⁵¹ Conformément aux propositions faites par Y.Berland, dans son rapport sur le transfert de compétences

nouvelles générations un outil incontournable de développement des connaissances et d'accès à l'information.

De même, la valorisation des expériences conduites au sein de l'établissement peut se réaliser par la communication dans les congrès ainsi que les publications professionnelles. Elle vise à faire connaître et faire reconnaître le travail accompli tant pour l'ensemble des soignants ainsi que pour ceux qui pourraient les rejoindre.

Enfin, il importe que les cadres et les DS soient reconnus au sein de leur communauté et qu'ils s'illustrent dans des activités professionnelles locales, régionales, voire nationales. « La nécessité de pouvoir compter sur un leader visible, disponible, disponible, attentif, communicatif visionnaire et contagieux d'enthousiasme reflète l'importance de l'apport et du rayonnement du leader ainsi que la fierté que les infirmières en tirent ⁵² ».

4.1.3 Responsabiliser l'ensemble des acteurs soignants

Ce sont les équipes soignantes elles-mêmes qui contribuent à attirer et garder leurs pairs. Par conséquent, il convient de responsabiliser les équipes dans le rôle qu'elles jouent dans l'accueil et la formation des futurs professionnels et d'associer les cadres et les infirmières aux présentations de l'établissement dans les différents salons professionnels. Mais, les prestations réalisées par les soignants dans les colloques sont aussi déterminantes pour communiquer sur le dynamisme d'un service des soins. Par ailleurs, le corps médical sera sensibilisé et associé à cette démarche de recrutement. Enfin, les instances telles que le CA, le CTE, La CME et le CHSCT seront impliquées dans un tel projet qui se doit d'être institutionnel.

4.2 COLLABORER AVEC LE DRH A L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT

4.2.1 Construire une nécessaire collaboration avec le DRH

Une bonne collaboration entre DRH et DS est déterminante pour réussir dans cette démarche de recrutement et de fidélisation. De nombreux dossiers en lien avec ces thématiques pourront en effet être conjointement traités dans l'engagement mutuel et le respect des compétences réciproques. Ainsi, la GPEC efficace pourrait permettre de promouvoir un certain nombre de personnels, de les former dans le cadre des besoins de l'institution et de les réintégrer sur la base de nouvelles qualifications.

⁵² Mayrand Leclerc M., les caractéristiques des magnet hospitals, in Optimisez votre environnement de travail, sous la direction de Chantal Viens, Presses inter Universitaires, 2002, pages 82-83

4.2.2 Professionnaliser le recrutement et impliquer les cadres de santé

Nous retiendrons l'idée de créer une cellule de recrutement animée par des cadres de l'hôpital, responsables de recruter des professionnels, pour d'autres secteurs que le leur, à partir de recommandations communes et d'outils élaborés conjointement. Ce principe permet en effet de responsabiliser les cadres dans la démarche de recrutement et de leur faire acquérir de nouvelles compétences. De plus, il s'agit d'anticiper la mise en place des pôles et le recrutement des candidats par les coordonnateurs paramédicaux.

4.2.3 Revisiter l'accueil des nouveaux personnels

Il nous paraît important d'organiser un séminaire d'accueil des nouveaux personnels, quelques temps avant ou juste après la prise de poste. Celui-ci visera plusieurs objectifs : apporter les informations indispensables aux nouvelles recrues, présenter les membres de l'équipe de direction et les missions de l'établissement, permettre la rencontre entre nouveaux personnels et la constitution d'un réseau et enfin développer le sentiment d'appartenance à l'établissement.

Par ailleurs, une adresse électronique permettant de recevoir des courriers, des informations et documents, ainsi qu'un accès à un espace de discussion spécifiquement réservé aux nouveaux personnels peuvent être également des pistes envisageables.

4.2.3 Redonner sa place à l'évaluation

Au terme de l'accueil, l'intégration dans les secteurs de soins sera ensuite personnalisée, prenant en compte l'expérience déjà acquise. Afin d'améliorer les dispositifs existants, une évaluation de cette intégration sera proposée à chacun des professionnels nouvellement affectés et conduite par le DS ou par l'un de ses collaborateurs. Il convient en plus de vérifier l'adéquation entre les attentes du jeune professionnel et la réalité du terrain, car comme nous l'avons constaté un écart trop important est source de démission. Parallèlement, les cadres réaliseront une évaluation de l'intégration des infirmières dans leurs services, communiquée au DS. Si le nouveau professionnel ne présente pas les compétences requises au terme de sa période d'intégration ou si le service ne correspondait pas à ses attentes, le DS aura alors à organiser sa mobilité interne et à le revoir pour un nouveau bilan.

Cette démarche d'évaluation continue augmentera la réactivité et la satisfaction de tous les acteurs.

4.3 ACCUEILLIR POSITIVEMENT LA RELEVÉ ET ACCORDER UNE PLACE AUX NOUVEAUX

4.3.1 Accueillir positivement les différences intergénérationnelles

« *Les comportements de relation à l'emploi ont changé. Les jeunes veulent gagner leur vie bien et rapidement en arrivant dans les entreprises ; La réalité est comme ça ! Le fait est celui là et il faut se le colleter* » Cette remarque sans détour de M. ROMATET⁵³ montre la nécessité pour tous les acteurs de s'adapter au changement, y compris de mentalités.

Il convient donc de réduire les attitudes négatives et les préjugés envers les jeunes, en accueillant positivement la relève et ses différences intergénérationnelles.

Par conséquent, le DS acceptera le fait qu'ils soient à l'aise avec le changement et les nouvelles technologies, qu'ils débordent d'énergie et d'enthousiasme, qu'ils vivent dans le présent et cultivent «le carpe diem », qu'ils soient parfois capables de remettre en question l'autorité et les institutions et qu'ils revendiquent enfin une grande autonomie. Autant d'habiletés qui pourront être mobilisées par les cadres et les dirigeants.

4.3.2 Confier des responsabilités aux jeunes professionnels

Fidéliser les nouveaux personnels peut consister en leur implication rapide dans les projets collectifs des services et en la mise en visibilité de leur contribution. Ainsi, les cadres de santé pourront confier des travaux de recherche aux jeunes professionnels, qui ont expérimenté la recherche en soins à l'occasion de leur travail écrit de fin d'études. Leurs productions alimenteront la réflexion collective. De même, une étude conduite dans le cadre d'un mémoire pourra faire l'objet d'une présentation à ses pairs ou d'un réinvestissement dans le service.

Le DS veillera à ce que les expériences améliorant les soins aux patients soient partagées au sein de l'établissement et publiées. La liste de ces publications apparaîtra dans le rapport d'activité annuel, formalisé par le DS.

4.4 PROPOSER UNE INTEGRATION PERSONNALISEE

4.4.1 Définir un schéma commun à tous les secteurs

La période d'intégration des nouveaux personnels semble déterminante à plus d'un titre. En effet, si elle permet aux jeunes infirmières de réussir leur entrée dans l'établissement

⁵³ M. Romatet, chargé de mission auprès du ministère de la santé, lors de son intervention « La gouvernance et l'exercice professionnel de directeur des soins : réalités et perspectives », ENSP, juin 2005

et dans une équipe, elle constitue aussi un temps de rencontre avec les managers, et l'occasion de mettre en exergue leurs compétences et leur légitimité.

Il convient de travailler avec les cadres à la définition d'un projet d'intégration des nouveaux personnels. Un groupe de travail pourrait ainsi élaborer les principes directeurs et définir les outils nécessaires à la réussite de cette intégration. Il nous semble que ces principes doivent reposer sur une période d'apprentissage de difficulté croissante, la désignation d'un référent professionnel, et une évaluation régulière des acquis. Quant aux outils, ils ne seront pas multipliés. Un livret d'accueil du service comportant des objectifs d'apprentissage semble cependant indispensable. Ensuite, chaque équipe d'encadrement pourra décliner la politique générale à l'échelle de son secteur et formaliser son plan d'action en fonction des spécificités de sa discipline. Il s'avère important d'adjoindre à cette période d'intégration de courtes formations portant notamment sur le contrôle pré transfusionnel ultime, la sécurité incendie et les gestes d'urgence, pour renforcer les compétences des jeunes professionnels et limiter les risques envers les patients.

4.4.2 Proposer une intégration individualisée

Chaque nouvelle recrue bénéficiera d'une intégration individualisée, gage d'adaptation, fondée sur l'analyse de ses besoins en formation, à partir d'un entretien réalisé par le cadre de proximité. Un document intitulé parcours professionnel pourrait être remis comme c'est le cas dans un établissement francilien⁵⁴. Ce document dans lequel le jeune professionnel trace ses expériences et acquis professionnels lui permet de mesurer le chemin parcouru, dans un premier temps. Il lui permet ensuite d'y consigner ses différentes formations, ses travaux et participations à des groupes de travail, autant d'éléments pouvant servir pour un changement de poste, et une évolution de carrière.

Enfin, il nous paraît intéressant que le DS met en place un dispositif permettant de rencontrer les jeunes professionnels au terme de leur période d'intégration afin d'obtenir d'une part des informations sur l'intégration proposée par les cadres et de vérifier d'autre part l'adéquation entre les attentes du jeune professionnel et l'environnement du service recruteur.

⁵⁴ Fiche de synthèse d'expérience menée par un établissement francilien, C2R santé, webographie

4.5 SOUTENIR LA FORMATION ET DEVELOPPER LES COMPETENCES

4.5.1 Instaurer un climat de culture d'apprentissage et promouvoir la formation permanente

Il existe déjà dans l'environnement de la santé, une tradition de la formation et un sens du compagnonnage. Mais, rappelons que le travail en lui-même est objet de formation au quotidien. Les jeunes professionnels seront confrontés à des événements plus en plus variés et complexes et leurs pratiques analysées, afin de développer la réflexivité. Cette démarche développée par l'encadrement permettra à des personnes ayant une ancienneté relativement faible d'acquérir rapidement de l'expérience. C'est ce que Ph.ZARIFIAN nomme « l'organisation qualifiante »

Les formations-actions en lien avec les projets institutionnels et les projets de service seront encouragés.

4.5.2 Proposer un plan de développement personnalisé

Les professionnels souhaitant poursuivre leur développement professionnel par le biais de la formation continue ou de cursus universitaires pourront être encouragés et soutenus. Leur expérience et l'acquisition de connaissances et compétences complémentaires seront reconnues et mobilisées au service des patients et de la communauté soignante. Les infirmières détentrices d'un diplôme universitaire seront ainsi recensées et responsabilisées dans le cadre de nouvelles missions, pour devenir infirmières référentes en douleur, hygiène, soins palliatifs, ...

Par ailleurs, la mise en place d'échelons cliniques de compétence, distincts des échelons d'ancienneté, contribue à la gestion des carrières. C'est aussi une mesure permettant de renforcer l'engagement professionnel et le sentiment d'appartenance à l'hôpital.

4.6 FAVORISER L'ACCOMPLISSEMENT DU PROJET PROFESSIONNEL

4.6.1 Faire émerger les projets professionnels

Les jeunes infirmières, dans le cadre de leurs études, ont réfléchi à leur projet professionnel, afin de faire le choix de modules optionnels d'enseignement en seconde et troisième année, ainsi que du stage de projet professionnel en fin de cursus. Par conséquent, il convient dès lors que DS et cadres de santé prennent en compte ce projet professionnel et facilitent sa mise en œuvre.

4.6.2 Accompagner les professionnels ayant un projet

Les projets professionnels des jeunes diplômés une fois confirmés, seront pris en compte dans le cadre de la GPEC. Un accompagnement des jeunes professionnels se destinant à une spécialisation s'organisera sous l'impulsion du DS. Il visera à faciliter des formations continues ciblées, l'accès à des congrès, ainsi qu'une orientation vers les services de soins permettant de développer des compétences en lien avec le projet. Pour ceux et celles qui souhaitent devenir cadres de santé, une implication institutionnelle sera progressivement proposée et évaluée. Elle consistera à accorder des responsabilités croissantes, comme une expérience de faisant-fonction de cadre, sous le contrôle d'un cadre expérimenté. Un parcours qualifiant ainsi construit fidélisera les jeunes professionnels mais supposera une mobilisation du DS et de ses collaborateurs.

4.7 REORGANISER LE TRAVAIL INFIRMIER ET VEILLER AUX CONDITIONS DE TRAVAIL

4.7.1 Optimiser les ressources humaines

Il s'agit de recentrer le travail infirmier sur des soins directs au patient. En effet, nombreuses sont les tâches non soignantes assurées par des infirmières. Citons par exemple, les transports de malades, de prélèvements et de déchets, mais aussi les approvisionnements en médicaments et consommables, les dossiers et résultats d'examen, les repas et collations.

Les conséquences sont lourdes puisque les infirmières sont fréquemment interrompues dans leurs soins et leur absence momentanée du service peut réduire l'efficacité de la surveillance aux patients. De plus, ces déplacements augmentent la fatigabilité des personnels par les distances parcourues, les charges déplacées et les multiples interruptions dans le travail.

Par conséquent, un certain nombre de mesures peuvent être prises, pour réorganiser le contenu du travail infirmier. Ainsi, le regroupement des ressources et la centralisation des fonctions logistiques sont des mesures, qui apportent une véritable économie de moyens humains et matériels ainsi qu'une professionnalisation des prestations. Citons le cas des brancardiers et des coursiers. Ainsi, un brancardage pris en charge par un service dédié permet un gain de 35% en ETP par rapport à sa prise en compte sans organisation par les soignants des unités de soins⁵⁵. D'autres mesures peuvent aussi être évoquées et

⁵⁵ Bisch F. et Gerbet J-Y., Le transfert de tâches et le recentrage sur la fonction de soignant, congrès AFDS, Dijon, septembre 2004

facilitées par l'informatisation, comme la gestion des stocks de pharmacie réalisée au moyen d'armoires informatisées, l'accès au dossier des patients, ou bien encore la restitution des résultats d'examen.

La mise en place de secrétaires hospitalières vise à assurer les tâches administratives, et celle d'hôtesse d'accueil, notamment dans les secteurs de chirurgie, à installer les patients et à leur communiquer les premières informations sur le déroulement de leur séjour. Ces mesures permettront de gagner du temps infirmier dans une période où de nombreux postes sont encore vacants, particulièrement en Ile-de-France. Enfin, la réalisation des prélèvements pourrait tout aussi être faite par des techniciens de laboratoires. La préparation centralisée des antimitotiques, aujourd'hui rendue obligatoire et réalisée par des préparateurs en pharmacie selon de strictes procédures, elle dégagera aussi à l'avenir du temps infirmier. Le DS, secteur par secteur, identifiera les transferts de tâches et les projets de changement pouvant être réalisés, dans le respect du cadre réglementaire d'exercice et des compétences professionnelles.

4.7.2 Veiller aux conditions de travail

Outre l'optimisation des ressources humaines par une transformation de postes d'infirmières, Le DS veillera à l'environnement et portera son attention sur les conditions de travail.

Deux axes sont à envisager simultanément, le premier en termes d'organisation et le second, de moyens. Concernant l'organisation, il s'agit de veiller à la fonctionnalité des lieux de travail, ainsi qu'à leur aménagement sécuritaire. Concernant les moyens, l'équipement des services en lits électriques et matériels de levage facilite la vie au travail des professionnels, en limitant les manutentions lourdes et les postures penchées. Mais, l'environnement physique est aussi important, comme la propreté et l'esthétisme des espaces de travail et de repos. Ainsi, les cadres seront sollicités par le DS pour réaliser des plans d'équipements conformes aux besoins. Les soignants seront aussi associés à cette réflexion portant sur leur environnement proximal.

Mais, les conditions de travail englobent bien d'autres éléments, tels que la charge de travail et notamment le ratio infirmière/nombre de patients, les horaires et les roulements. Dans ce cadre, il convient de suppléer les postes vacants par des personnels intérimaires ou contractuels ayant bénéficié d'une courte formation et de permettre aux personnels de négocier leur profil horaire de travail et autogérer leurs plannings, dans le respect des règles définies par l'encadrement pour assurer la continuité des soins. Les jeunes sont en effet plus attentifs que leurs aînés à la planification de leur vie professionnelle et privée. La latitude dont ils disposent pour choisir leurs horaires et leurs repos semble déterminante dans leur souhait de rester au sein d'un établissement.

4.7.3 Optimiser le processus de prise en charge du patient

L'optimisation de ce processus passe en premier lieu par la sécurisation de la prescription médicale. En effet, le rôle de l'infirmière sur prescription est irréductible et engendre une situation de stress, lorsque la jeune professionnelle ne détient pas l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation des soins. Rappelons qu'un des facteurs de risque d'abandon de la profession et de démission est l'incertitude concernant les traitements. Cet indice concerne la fréquence des informations inadéquates d'un médecin sur l'état de santé d'un patient ou sur son traitement prescrit, l'absence de médecin lors d'une urgence, le manque de consignes sur ce que l'on peut dire à un patient ou sa famille concernant sa situation ou sa thérapeutique, l'incertitude enfin sur le maniement ou le fonctionnement d'un équipement spécialisé⁵⁶. Par conséquent, la collaboration entre infirmières et médecins doit être facile et efficace, reposant sur un respect mutuel des compétences respectives. La prescription médicale comportera tous les critères de qualité attendus⁵⁷. Son informatisation peut être une solution, dans la mesure où une mise à plat de son processus est préalablement nécessaire. De même, la formalisation de protocoles médicaux encadrera les soins et sécurisera l'exercice infirmier. Ces résultats ne seront rendus possibles que par un travail de collaboration entre DS et président de la CME.

4.8 GARANTIR LA SANTE AU TRAVAIL ET DIMINUER LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

4.8.1 Aider à supporter le contenu émotionnel du travail

La demande émotionnelle du travail concerne la fréquence de confrontation à la mort, à la maladie et à la souffrance, ainsi que les relations avec des patients agressifs ou difficiles. Dans tous les services, les jeunes professionnels sont concernés. La mise en place d'un tutorat lors de l'intégration des nouveaux personnels et d'un compagnonnage au-delà de cette période d'intégration permet de mieux gérer ces vécus douloureux par l'établissement d'une relation privilégiée entre un junior et un senior, des échanges réguliers, et une permission à l'expression. De plus, le DS proposera des espaces de paroles animés par des professionnels compétents permettant l'expression des expériences douloureuses et la recherche de solutions collectives. Par exemple, le recours à des experts, pour aider les infirmières à prendre les décisions relevant de leur champ de responsabilités et comportant des dilemmes éthiques, sera être facilité.

⁵⁶ Estry-Behar, le concept de « magnet hospitals », Evaluation de 14 CHG et CHU de l'étude PRESST, AFDS, Dijon 2004

⁵⁷ Nom du prescripteur et date, nom et prénom du patient, traitement comportant posologie, durée et voie d'administration

4.8.2 Diminuer les risques psychosociaux

L'amélioration des aspects psychosociaux semble primer sur les aspects monétaires, dans les hôpitaux magnétiques. Il s'agit donc de limiter les conflits et les relations interpersonnelles difficiles, mais surtout de reconnaître le travail accompli et la valeur des contributions.

La tension au travail s'explique, selon MMAYRAND LECLERC et collaborateurs⁵⁸, par une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle. Cette demande psychologique est illustrée par la charge de travail, sa quantité et sa complexité, mais aussi par la peur de faire des erreurs dommageables pour le patient. Quant à la latitude décisionnelle, elle recouvre deux réalités : la première concerne l'autonomie de compétence et la capacité à utiliser ses qualifications. La seconde se rattache au pouvoir décisionnel et à la possibilité de choisir comment faire son travail, de participer aux décisions qui s'y rattachent et d'avoir de l'influence.

Mais, la tension au travail est aussi réduite par un soutien apporté par la hiérarchie, le personnel médical et les collègues. L'aide apportée par l'encadrement dans la résolution de tâches compliquées, la participation des pairs lors de prises en charge délicates et l'appui des médecins sont nécessaires. Enfin, les signes de reconnaissance apportés tant par les collègues que par l'encadrement et le DS, joue un rôle déterminant dans le bien-être du salarié. Véritables marques d'estime, ils viennent en effet récompenser les efforts fournis. « La reconnaissance que peut apporter le travail s'inscrit dans la dynamique de construction et de stabilité de l'identité. Elle est un ingrédient essentiel de santé mentale ⁵⁹».

4.9 FAVORISER UN MANAGEMENT INTERGENERATIONNEL ET DE CONFIANCE

4.9.1 Favoriser la mise en place d'un management intergénérationnel

Le management intergénérationnel comporte un double aspect. Le premier aspect pour un manager est de piloter des personnes plus jeunes ou éventuellement plus âgées que lui. Le second aspect est d'animer des hommes de générations différentes, afin qu'ils collaborent et travaillent ensemble.

Ce type de management suppose un changement de posture. En effet, il convient de passer d'un rôle de patron à celui de guide, d'accompagner plutôt que de prescrire et

⁵⁸ Mayrand Leclerc M. et coll, Pour un environnement optimal du travail des gestionnaires infirmiers, Soins cadres, N°54, mai 2005

⁵⁹ Dejours Ch. Cité par Delplanque R., Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, soins cadres, N° 54, mai 2005, page 21

d'ordonner. Les principes suivants seront par conséquent retenus et mis en œuvre dans un climat de travail convivial : accorder des responsabilités accrues et stimuler les défis chez les jeunes professionnels ; utiliser leurs compétences en matière de technologie ; encourager les initiatives favorisant une meilleure articulation entre la vie professionnelle et privée ; développer le sentiment d'appartenance. Enfin, il convient de donner du sens : la justification du sens est devenue une nécessité, car les jeunes ont davantage besoin de comprendre pour agir et d'être convaincus pour s'engager. Ces explications concernent aussi bien les actions limitées que les orientations stratégiques.

Pour favoriser la mixité intergénérationnelle, l'apprentissage organisationnel et la transmission des savoirs seront encouragés.

Le DS incitera ses collaborateurs à suivre des formations sur cette thématique, sans oublier qu'il « manage des managers », dont certains ont son âge et d'autres, une génération de plus ou de moins que lui.

4.9.2 Rénover la participation et la confiance

Il est important de favoriser l'autonomie et le degré de participation des nouveaux arrivés lors de décisions et de définition d'objectifs. Cl.DALLAIRE indique en effet que les problèmes de santé rencontrés par les professionnels infirmiers « s'expliqueraient davantage par l'impuissance découlant de circonstances organisationnelles, notamment le manque de pouvoir, que des caractéristiques propres aux infirmières. »⁶⁰

Les infirmières participeront aux débats et utiliseront les informations qu'elles détiennent pour éclairer les décisions prises par l'encadrement et les dirigeants. Ces décisions seront donc prises au plus près des acteurs concernés. Les entretiens d'évaluation annuelle permettront aux infirmières de dialoguer et de réfléchir avec leur cadre, et de faire part de leurs attentes, mécontentements et propositions d'amélioration. Dans cette logique, les conseils de service ont leur rôle à jouer et le DS sera tenu informé de l'efficacité de leur déroulement au moyen de comptes-rendus.

Un second point porte sur l'assouplissement des règles et des procédures, afin de rénover la démocratie interne. Il s'agit d'informer les professionnels et de les associer, en pratiquant une communication efficace réduisant les malentendus et les attentes irréalistes. Dès la conception de modifications de travail, l'information et le dialogue seront mis en œuvre, les échanges et des confrontations de points de vue au sein des collectifs, favorisés. Enfin, il convient de responsabiliser son équipe, en repérant les potentiels de chacun et en déléguant des missions spécifiques. Ces mesures seront encouragées à

⁶⁰ Dallaire Cl ., L'accès au pouvoir dans une organisation, une question de santé, Soins cadres, N° 54, mai 2005, page 49

tous niveaux, au sein des équipes soignantes et des cadres supérieurs de santé, proches collaborateurs du DS.

4.10 METTRE EN PLACE UNE COLLABORATION INTER ETABLISSEMENTS FACILITANT LA MOBILITE

4.10.1 Renforcer le partenariat avec les centres de formation

Il convient de renforcer le partenariat avec les IFSI et écoles spécialisées, afin que l'accueil et la formation des stagiaires se réalisent dans des conditions optimales. En effet, un étudiant sur deux choisit un établissement pour y avoir effectué des stages, dans lesquels il se sera plu. Par conséquent, la structuration de l'encadrement des stagiaires constitue la première condition au bon déroulement des stages. Chaque service devra disposer d'un projet d'encadrement des stagiaires et le DS élaborera en collaboration avec les cadres de l'établissement et les cadres formateurs une charte d'encadrement, déclinant les conceptions et les responsabilités respectives. Une formation des tuteurs des stagiaires sera conjointement élaborée par le DS de l'établissement et celui de l'IFSI, afin de professionnaliser l'accompagnement des stagiaires par leurs pairs. Cette formation de quelques jours dispensée par des cadres formateurs pourrait comporter un certain nombre de notions sur l'apprentissage, les méthodes et la relation pédagogiques, ainsi que sur l'évaluation.

Cette démarche globale visant à améliorer la formation des futurs professionnels permettra de structurer l'apprentissage en stage et notamment le stage de projet professionnel, qui constitue une voie privilégiée de recrutement.

4.10.2 Instituer une collaboration inter-établissements

La collaboration inter-établissements remplacera progressivement la concurrence existante à ce jour. En effet, il est souhaitable que des DS se coordonnent, afin de mutualiser les expériences et trouver des solutions en commun. Par ailleurs, un partenariat entre plusieurs établissements permettra d'offrir un panel de disciplines et spécialités plus large et d'organiser une mobilité inter-établissements. Enfin, il existe actuellement une surenchère des moyens incitatifs mis en place à l'embauche entretenant sans doute le turn-over des jeunes professionnels en Ile-de-France. Ne vaudrait-il pas mieux augmenter les salaires et notamment la prime de résidence, comme l'a proposé l'ARHIF, et surtout harmoniser les différentes propositions faites aux infirmières ?

5 CONCLUSION

3 000 postes d'infirmières sont actuellement vacants dans les hôpitaux de la région parisienne. Avec un fort turn-over dans ses établissements, l'Île-de-France ne parvient pas à les pourvoir. Par conséquent, notre démarche a consisté à comprendre les raisons du turn-over actuel et le comportement socioprofessionnel des jeunes.

Nous avons réalisé une revue de littérature mettant en évidence des facteurs contextuels, tels que la vacance de nombreux postes, notamment liés à des départs à la retraite et une mobilité vers la province, consécutive à la mise en place de la réduction du temps de travail. Mais, il existe aussi des facteurs structurels. Dans notre société marquée par l'individualisme et le consumérisme, les jeunes salariés transforment leur rapport à au travail et à l'entreprise. Il s'ensuit un engagement conditionnel et une défection en cas d'attentes insatisfaisants. Les infirmières n'y échappent pas. Lorsque leurs attentes ne sont pas comblées, elles vont chercher ailleurs des conditions de travail plus favorables en accord avec leurs aspirations. Il semblerait toutefois que le rapport au métier ne se soit pas modifié et que les jeunes infirmières aient les mêmes motivations que leurs aînés.

L'enquête conduite auprès de futurs professionnels, d'infirmières, de cadres de santé, de directeurs des soins et directeurs des ressources humaines met en exergue que l'attractivité est directement liée au dynamisme des établissements et à la politique volontariste des équipes de direction. Ainsi, les projets institutionnels se traduisent concrètement par des actions de communication, des modalités de recrutement renouvelées, un engagement dans la formation des futurs et des nouveaux professionnels, un cadre d'exercice sécuritaire, et des espaces d'écoute, de dialogue et de négociation.

Quant à la fidélisation, elle est favorisée par la prise en compte des motivations et besoins des jeunes salariés. Ce sont notamment l'ambiance et les conditions de travail, dont la négociation des horaires et des roulements, le développement de carrière et de compétences, et la possibilité de « bien faire son travail » et d'obtenir de l'aide en cas de difficultés, qui sont mentionnés. Enfin, le management intergénérationnel et la rénovation de la démocratie interne sont de nouvelles nécessités.

Par conséquent, les préconisations que nous avons formulées, sans être exhaustives, sont plurielles et s'articulent autour de la satisfaction et la fierté d'exercer le métier d'infirmière, l'apprentissage continu enrichissant et l'action collective.

Enfin, l'attractivité vers les établissements est étroitement liée à celle de la profession d'infirmière et à son image véhiculée au sein de notre société. Cet aspect n'a pas traité à l'occasion de ce travail écrit et pourrait tout à fait faire l'objet d'une réflexion à venir.

6 BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Sous la direction de Derenne O. et Lucas A., Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique, Tome 2, éditions ENSP, 2002, 294 pages
- Sous la direction de Derenne O. et Lucas A., La gestion et l'organisation des ressources, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique, Tome 3, éditions ENSP, 2003, 221 pages
- Sous la direction de De Kervasdoué J., La crise des professions de santé, Edition Dunod, 2003, 329 pages
- Viard J., Le sacre du temps libre, la société des 35 heures, éditions Poche Essai, 2004, 219 pages
- Sous la direction de Viens Ch., Lavoie-Tremblay M. et Mayrand Leclerc M., Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers, Presses Inter universitaires 2002, 219 pages
- Sous la direction de Viens Ch., Hamelin Brabant L. et Lavoie-Tremblay M., Revue de littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles, Presses Inter universitaires 2005, 107 pages
- Zarifian Ph., Objectif compétence, pour une nouvelle logique, Editions Liaisons, 2001, 203 pages

PERIODIQUES

- Acker F., Travailler ensemble ?!, Soins Cadres, N°49, février 2004, pages 22 à 25
- Aronica F. et Monnot A., Profession Infirmière, Gestions hospitalières, N°426, mai 2003, pages 355 à 361
- Barberye R., La crise de l'hôpital public, Revue hospitalière de France, N°495, novembre-décembre 2003, pages 36 à 43
- Biv B., Gestion des emplois et des compétences : un enjeu crucial pour les hôpitaux de Paris, Personnel, N°455, décembre 2004, pages 23 à 24
- Biv B., Motivation : entre notion de service et marketing social, Personnel, N° 455, décembre 2004, pages 32 à 33

- Cerdin J-L. et Peretti J-M., La fidélisation des salariés par l'entreprise à la carte, Revue de gestion des ressources humaines, N°55, janvier-février-mars 2005, pages 2 à 19
- Chanlat JF., Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ? Soins Cadres, N°49, février 2004, pages 18 à 21
- Coudreau D., L'hôpital français aujourd'hui, La lettre de la rue Saint-Guillaume, La santé : Etat des lieux, N°133, novembre 2003, pages 36 à 39
- Dallaire Cl., L'accès au pouvoir dans une organisation, une question de santé, Soins Cadres, N°54, mai 2005, pages 32 à 35
- Daviez Ph., Souffrance au travail, le risque organisationnel, Soins Cadres, N°54, mai 2005, pages 24 à 27
- Deberdt J-P., Le travail, une valeur en baisse, Soins Cadres N°45, février 2003, pages 53 à 55
- Delplanque R., Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Soins Cadres, N°54, mai 2005, pages 20 à 22
- Dormoy M., Pénurie d'infirmières, les intérimaires ont la santé, Soins supplément 3 au N°692, janvier-février 2005, pages 352 à 353
- Duvernet M., Infirmières : quelle évolution ? Dossier, Revue de l'infirmière, n°85, novembre 2002, pages 17 à 29
- Estryn-Behar M., Infirmières : Etes-vous satisfaites de vos conditions de travail ? Revue de l'infirmière, Hors série de juin 2004, pages 3 à 23
- Estryn-Behar M., Réalités de la gestion du temps à l'hôpital, Soins Cadres, N°47, Août 2003, pages 49 à 55
- Guérin G., Wils T. et Lemire L., Démobilisation des professionnels salariés : une mise à l'épreuve du modèle des attentes insatisfaites, Revue de Gestion de gestion des ressources humaines, N°44, avril-mai-juin 2002, pages 64 à 79
- De Kervasdoué J., L'avenir du système de santé français : rupture ou continuité, Revue hospitalière de France, N°484, janvier-février 2002, pages 32 à 39
- Lambert S., Salomon-Legrand Ch. et Cotellon G., Intégration des personnels étrangers à l'hôpital, de l'enjeu d'un tutorat interculturel réussi, Gestions hospitalières, N°431, décembre 2003, pages 827 à 831
- Lavoie-Tremblay M. et Viens Ch., Les défis d'une démarche participative de réorganisation du travail : les conditions gagnantes, Infirmière canadienne, N°2, volume 4, février 2002, pages 4 à 10
- Lelièvre F., Accueil et intégration à l'hôpital, importance de la gestion des ressources humaines, Gestions hospitalières, N°431, décembre 2003, pages 825 à 826

- Lucas S., Les enjeux des ressources humaines dans le management, Revue hospitalière de France, N°498, mai-juin 2004, pages 34 à 37
- Mayrand Leclerc M., Viens Ch. et Lavoie-Tremblay M., Pour un environnement psychosocial optimal des gestionnaires infirmiers, Soins Cadres, N°54, mai 2005, 48 à 55
- Mellac C. et Lucas S., Animer par les règles, une opportunité pour développer un nouveau management, Soins Cadres, N°46, Mai 2003, pages 44 à 48
- Mellor D., NHS : recrutement et fidélisation des professionnels de santé, Revue hospitalière de France, N°498, mai-juin 2004, pages 65 à 67
- Penaud P., Radiographie des professionnels de santé, La lettre de la rue Saint-Guillaume, La santé : Etat des lieux, N°133, novembre 2003, pages 27 à 29
- Quillet E. et Barthes R., Recrutement de paramédicaux espagnols, deux ans de fonctionnement du dispositif national, Revue hospitalière de France, N°498, mai-juin 2004, pages 68 à 71
- Sainsaulieu I., Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital, Gestions hospitalières, février 2004, pages 133 à 137
- Séné-Bourgeois M., Regard sur le métier infirmier dans le système de santé français actuel, Gestions hospitalières, N°426, mai 2003, pages 388 à 391
- Stordeur S., Surveillantes et nouvelles capacités de leadership, Soins Cadres, N°42, mai 2002, pages 52 à 55
- Stordeur S., Attractivité, « rétention », implication des infirmières et qualité des soins, Soins Cadres, N°54, mai 2005, pages 36 à 41
- Aurons-nous encore des infirmières demain ? Perspective soignante, N°14-15, septembre-décembre 2002, 317 pages
- Dossier « Promouvoir la profession d'infirmier(e)s », L'Île-de-France au futur, Lettre du préfet de région, novembre -décembre 2004, 4 pages
- Dossier « Moi d'abord : l'individualisme dans la société, l'entreprise et la vie privée. Demain, la fin du collectif ? » Enjeux les Echos, N°215, juillet-août 2005, pages 36 à 109

MEMOIRES

- Lavieille-Scherb B., Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation, Mémoire ENSP, filière directeur des soins, soutenu en novembre 2002, 54 pages

- Ouzan S., Le recrutement, un enjeu stratégique pour l'hôpital : Contribution du directeur des soins dans la procédure de recrutement externe des infirmières, Mémoire ENSP, filière directeur des soins, soutenu en novembre 2002, 89 pages
- Robert C., Quelle politique de ressources humaines mener dans un établissement psychiatrique, face à la pénurie infirmière ? Mémoire ENSP, filière directeur d'hôpital, soutenu en décembre 2003, 75 pages

AUTRES SOURCES

- AFDS, abstracts des journées nationales d'études des Directeurs des Soins, thème : La Direction des Soins face au changement environnemental, Dijon 2004
- ARHIF, Plan régional de formation et de recrutement des infirmières, mai 2002, 30 pages
- ARHIF, Personnels non médicaux des établissements de santé franciliens : enquête sur les postes vacants au 31 mars 2004, septembre 2004, 17 pages
- ARHIF, Enquête sur les postes vacants au 31 mars 2005 dans le champ des professions paramédicales, juillet 2005, 76 pages
- ARHIF, Analyse des bilans sociaux 2003 des établissements publics de santé d'Ile-de-France, 2004, 29 pages
- Belot L., Les jeunes prennent leurs distances face au monde de l'entreprise, Le Monde du 2 décembre 2004
- BERLAND Y., Mission « Démographie des professionnels de santé », novembre 2002, 113 pages
- BERLAND Y., Mission «Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003, 57 pages
- Rapport d'information de M. Couanau R., L'organisation interne de l'hôpital, mars 2003, 81 pages
- DRASSIF, Rapport régional sur la démographie des professionnels de santé en Ile-de-France, juin 2004, 21 pages
- DREES, La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics, Etudes et Résultats, N°169, avril 2002, 7 pages
- DREES, Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, Etudes et Résultats, N°335, Août 2004, 11 pages
- DREES, Les cinq dernières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale, Etudes et Résultats, N°393, avril 2005, 12 pages
- Estryng-Behar M., Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude Presst-Next, Partie 1 Janvier 2004, juin 2004, 65 pages

- Institut Montaigne, L'hôpital réinventé, préfacé par Coudreau D., janvier 2004, 41 pages
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Fonction publique hospitalière, Données démographiques à l'horizon 2015, mai 2003, 24 pages
- Observatoire du Dialogue Social (ODIS), Analyse du turn-over des infirmiers (ières), in L'état social de la France, rapport 2004, éditions des journaux officiels, pages 81 à 103
- Perotte D., Les jeunes sont de plus en plus exigeants envers leur entreprise, Le Monde du 2 et 3 janvier 2003
- UHRIF, Propositions de l'Union Hospitalière de la Région Ile-de-France concernant les professions paramédicales, 2003, 8 pages
- Valentin A., Comment a changé le lien des jeunes avec l'entreprise, Le Monde du 18 novembre 2003

WEBOGRAPHIE

- Marie-Ange Coudray, La crise de l'hôpital public, dysfonctionnements et déshumanisation, www.lattention.com/article.asp?ArtID=5&1k=servicepublic
- EPSY, Les aspirations des moins de 30 ans, note Epsy N°30, décembre 2003, disponible sur Internet, (visité le 13/08/2005), www.epsy.com/news/notes/Note42.htm
- Duboys Fresneys C., une expérience à partager : « Fidélisation des infirmières dans un contexte infidèle », présentation colloque du C2R santé, 29 mars 2005, disponible sur Internet, (visité le 13/08/2005), www.c2rsante.fr
- Stordeur S., De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité, disponible sur Internet, (visité le 13/08/2005), www.hospitals.be/francais/revue/hospital2/article2.html

7 LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien destiné aux jeunes infirmières

Annexe II : Grille d'entretien destiné aux cadres de santé

Annexe III : Grille d'entretien destiné aux directeurs des soins

Annexe IV : Questionnaire destiné aux étudiants en soins infirmiers de troisième année

Annexe V : Résultats des questionnaires destinés aux étudiants de troisième année

ANNEXE I : Grille d'entretien destiné aux jeunes infirmières

Présentation et projet professionnel initial

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Age, origine géographique...)
- Comment s'est déroulée votre formation ? (Le lieu, les contenus, les représentations du métier transmises par la formation et les stages, attentes en fin de formation...)
- Quel était votre projet professionnel en fin de formation ?

Choix d'un établissement et recrutement

- Qu'est-ce qui a motivé votre choix pour cet établissement ? (Qu'est ce que vous en saviez ? Qu'est ce qu'on vous en avait dit ? Qu'en est-il en réalité ?...)
- Racontez-moi les différentes phases de votre recrutement
(Votre préparation, votre accueil, le déroulement des entretiens...)

Choix d'un service et intégration

- Quel service avez-vous choisi et pourquoi ?
- Comment se sont déroulées vos premières semaines dans le service (Accueil le premier jour, premières impressions, ce qui a plu et déplu...)

Articulation vie professionnelle et vie privée

- Avez-vous changé de service depuis votre embauche ? Si oui, pourquoi ?
- Comment s'organise votre travail dans ce service ? (Les relations à la hiérarchie, aux pairs, aux patients dans le service actuel)
- Comment articulez-vous vie professionnelle et privée ?

Bilan et propositions

- Aujourd'hui, s'il fallait faire le bilan de votre recrutement et de votre intégration, quels en seraient les aspects positifs, négatifs ? (Sur quoi vous seriez vigilant au moment de choisir un établissement, un poste...)
- Qu'est-ce qui vous donne envie de rester dans ce service ? (Sens donné au travail, relations... autres perspectives de travail...)
- Qu'est-ce qui pourrait vous conduire à le quitter ? Pour aller où et faire quoi ? (Où vous imaginez-vous travailler dans les 2 ou 3 années qui viennent ? Quelles sont vos attentes en matière de progression, de reconnaissance dans votre travail ?)
- Au final, quelles propositions pouvez-vous faire pour améliorer l'embauche ? L'accueil et l'intégration ? Pour donner envie aux gens de rester dans ce service ? Et dans cet établissement ? (Quelles modalités concrètes mettre en œuvre pour un meilleur accueil, quels outils ?)

ANNEXE II : Grille d'entretien destiné aux cadres de santé

Présentation

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (grade, ancienneté dans la fonction cadre et dans le service)

Politique de recrutement et modalités

- Comment s'organise le recrutement de nouvelles infirmières dans l'hôpital ? Comment y êtes-vous associé ? (Exemples, difficultés, rôles de différents intervenants ?)

- Quelles sont les attentes et les exigences des personnes que vous avez dernièrement recrutées ? (Percevez-vous une évolution depuis quelques années dans les comportements des recrutés ? Y a-t-il des effets sur le travail effectif ?)

Accueil et intégration

- Que mettez-vous en place dans votre service pour permettre aux jeunes professionnels d'être rapidement opérationnels ? Quelles en sont les conditions de réussite ? Pouvez-vous me donner des exemples...

Fidélisation

- Quelle est la durée d'ancienneté des infirmières dans votre secteur ? Que mettez-vous en place concrètement pour les fidéliser ?

- Qu'est-ce qui explique, selon vous, le turn-over et la mobilité des jeunes professionnels actuellement en Ile-de-France ? Sur votre établissement et dans votre service en particulier ?

Bilan et perspectives

- S'il fallait faire le bilan des modalités de recrutement, d'accueil et d'accompagnement des jeunes professionnels, quels en seraient les points positifs, négatifs ?

- Quelles propositions pouvez-vous faire pour améliorer l'embauche ? L'accueil et l'intégration ? Pour donner envie aux gens de rester dans votre service ?

Quelles perspectives d'avenir dans ce domaine ?...

ANNEXE III : Grille d'entretien destiné aux directeurs des soins

Présentation

- Quelles sont les caractéristiques de votre établissement et vos contraintes en matière de recrutement ?

Pénurie et recrutement

- Avez-vous rencontré des difficultés pour recruter les infirmières ces dernières années ? Qu'en est-il actuellement ? (Quelles sont les causes de ces difficultés ? Est-ce que les causes varient dans le temps ?) Ce qui a été mis en place pour pallier à ces difficultés de recrutement et quels sont les effets de ces actions ?

- Quels sont, selon vous, les facteurs d'attractivité des infirmières vers votre établissement en particulier ?

- Quels sont les services les plus prisés dans votre hôpital et pourquoi ?

- Quelles sont les modalités de recrutement dans votre établissement ? Et la place des cadres ?

- Quelles sont les attentes et les exigences des jeunes professionnels que vous recrutez actuellement ? Comment ses attentes ont-elles évolué dans le temps ?

Accueil et intégration

- Que mettez-vous en place pour permettre aux jeunes professionnels d'être rapidement opérationnels dans les services ?

Mobilité et fidélisation

- Qu'en est-il de la mobilité des infirmières dans votre hôpital ? Rencontrez-vous des difficultés pour les garder ? Quelles modalités concrètes sont mises en place pour "retenir » les infirmières ? Quels sont les effets de ces actions ?)

- Y a-t-il des secteurs qui gardent durablement leurs personnels ? Pourquoi ? Quelles sont les caractéristiques de ces services et de leurs équipes d'encadrement ?

Bilan et perspectives

- Quel est le bilan de ce qui a été fait en matière de recrutement et de fidélisation sur l'établissement ? Quelles perspectives d'avenir ? Quelles actions mettre en œuvre sur l'établissement, dans certains services ?... A quelles conditions ces actions peuvent-elles être pertinentes ?

ANNEXE IV : Questionnaire destiné aux étudiants en soins infirmiers de troisième année

Bonjour,

Mon nom est Corinne Sliwka, et je suis élève directeur des soins. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire consacré au thème du turn-over et de la mobilité des infirmières en Ile-de-France. Je vous serais reconnaissante de bien vouloir m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Le traitement qui en sera fait ultérieurement est anonyme. Vos réponses seront utiles tant dans la réalisation de mon travail écrit que dans la mise en œuvre d'actions concrètes dans le champ des soins.

Comment choisissez-vous votre futur poste ?

- 1) Au moment de postuler dans un établissement hospitalier plutôt qu'un autre, quels pourraient être les éléments orientant votre choix ?
Merci de choisir 3 réponses et de les ordonner, de 1 le plus important à 3 le moins important
 - La localisation de l'hôpital
 - La diversité de ses services et spécialités
 - La renommée de l'établissement
 - Le statut de l'établissement (public, AP-HP, privé, privé participant au public)
 - L'image positive des soins infirmiers dans l'hôpital
 - Autres, précisez : _____

- 2) Comment avez-vous connu l'établissement sur lequel vous pensez postuler ?
Cochez deux réponses
 - En y effectuant des stages, au cours de votre formation
 - En y rendant visite à un parent ou un(e) ami(e)
 - En y étant hospitalisé(e) vous-même
 - En vous documentant
 - En échangeant avec des collègues, des parents, des ami(e)s
 - Autres, précisez : _____

- 3) Lors de l'entretien avec le directeur des soins, vous chercherez d'abord à savoir s'il existe :
Ordonnez vos 3 réponses, de 1 le plus important à 3 le moins important
 - Un tutorat des nouveaux personnels au sein des services
 - Un dispositif de formation continue des soignants
 - Une possibilité de développement de carrière
 - Une possibilité de changer facilement de service
 - Une possibilité d'être inclus(e) dans des groupes de travail sur l'hôpital
 - Autres, précisez : _____

- 4) Selon vous, quels sont les trois principaux facteurs déterminants dans le choix d'un service ?
Ordonnez vos 3 réponses, de 1 le plus important à 3 le moins important
 - Travailler dans la discipline ou la spécialité choisie
 - Articuler au mieux vie professionnelle et vie privée (horaires et roulements...)
 - Avoir des conditions de travail satisfaisantes (locaux, matériel, charge de travail...)
 - Travailler dans une bonne ambiance avec les différents professionnels
 - Avoir des cadres avec lesquels vous partagerez des valeurs
 - Autres, précisez : _____

5) Imaginez que vous obtenez le poste que vous avez choisi,

⇒ Qu'est-ce qui fait que vous pourriez vous y plaire ?

⇒ Quelles sont les deux principales raisons qui vous donneraient envie d'y rester pour une période de 2 ou 3 années ?

❶ _____
❷ _____

⇒ A l'inverse, quelles seraient les deux principales raisons qui pourraient vous donner envie de partir ?

❶ _____
❷ _____

Pour mieux vous connaître...

6) Vous êtes : Une femme un homme

7) Vous avez : Entre 20 et 25 ans
 Entre 26 et 35 ans
 Entre 36 et 44 ans
 Plus de 46 ans

8) Vous vivez : Seul(e)
 En couple
 Seul(e) avec un ou des enfants
 En couple avec un ou des enfants

9) Comptez-vous prendre un poste en Ile-de-France ?

Oui non Ne sait pas

⇒ Quelle que soit votre réponse, merci d'argumenter votre choix ?

10) De quelle région êtes vous originaire ?

⇒ _____

11) Quelle a été votre principale motivation à entreprendre cette formation en soins infirmiers ?

12) Avez-vous signé un engagement avec un établissement de santé ?

Oui non

⇒ Si oui, merci de préciser quels sont vos projets au terme de votre engagement ?

ANNEXE V : Résultats des questionnaires destinés aux étudiants de troisième année

1) Caractéristiques de la population enquêtée

Les résultats portent sur 178 questionnaires. Le taux de retour est très bon et atteint 92%.

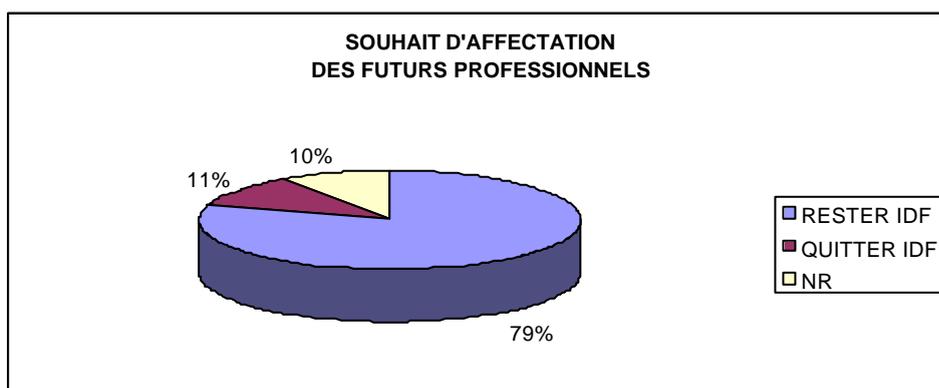
La population est essentiellement féminine avec un taux de 92 % de femmes, ce qui correspond à la moyenne au plan national.

La majorité des étudiants ont entre 20 et 25 ans, soit 79%. 70% d'entre eux vivent seuls et très peu sont ceux qui ont des enfants (soit 4%).

Les motivations de ces jeunes pour la profession d'infirmière sont semblables à celles de leurs aînés. C'est la relation et l'altruisme qui les motivent, ainsi que le souhait d'aider, soulager et soigner, pour les deux tiers d'entre eux. Pour le dernier tiers, c'est la volonté d'évoluer, d'apprendre, d'exercer un métier varié qui attire.

2) Projets au terme des études

79% des étudiants souhaitent rester en Ile-de-France au terme de leurs études. Ils sont 11% à vouloir quitter la région francilienne (la majorité étant originaire de la province, soit 14 sur 19 personnes) et 10% à ne pas se prononcer (la majorité étant composée de franciliens, soit 10 sur 17 personnes).



58 personnes sur 178 ont un engagement soit 32%. 35 personnes sur ces 58 soit 60%, ont d'ores et déjà des projets au terme de leur engagement :

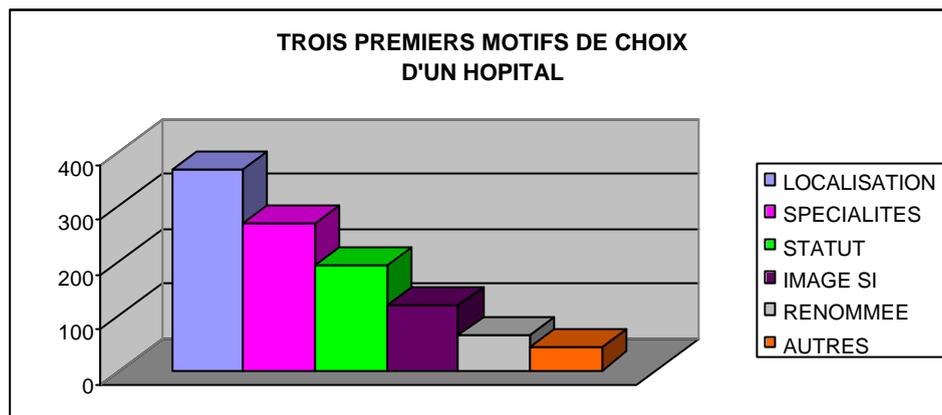
- 10 personnes ont un projet de mobilité géographique
- 15 projètent de changer de services ou d'établissement
- 10 ont un projet professionnel, dont 5 de devenir puéricultrices.

3) Motifs d'orientation vers un établissement

Lorsque l'on demande aux futurs professionnels de mentionner trois motifs de choix d'un établissement parmi six items proposés, on observe que :

- la localisation vient en premier
- la diversité des disciplines et spécialités, en second rang
- le statut de l'établissement, en troisième rang
- l'image des soins infirmiers et la renommée de l'établissement viennent après

Dans autres, on note salaire et horaires.



La localisation est un facteur déterminant, coché par la quasi-totalité des étudiants, soit 164 personnes sur 178. De plus, 38% de l'ensemble de la promotion le considèrent prioritaire.

Concernant les moyens d'informations, les étudiants choisissent principalement un hôpital en échangeant avec des amis ou et des proches (53%) ou/et en s'y rendant en stage (52%). On note que le stage est un facteur d'orientation vers un établissement dans un cas sur deux.

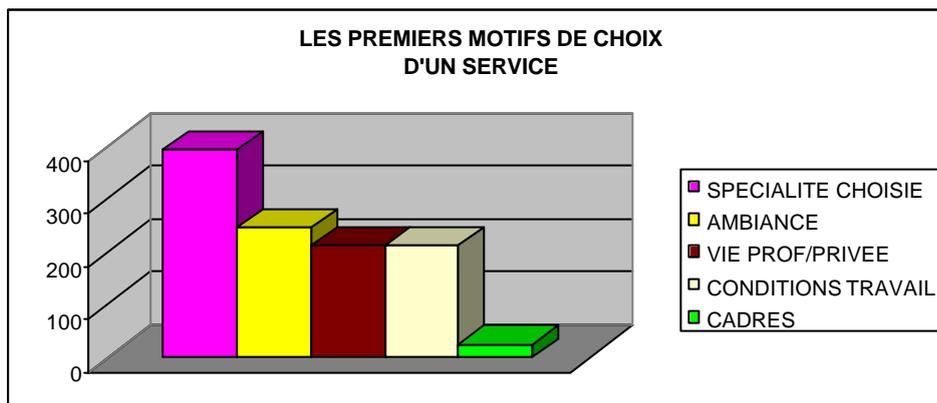
La documentation constitue une troisième source d'informations (28%). Enfin, les salons professionnels ainsi que des remplacements ou des missions d'intérim permettent de découvrir un établissement (10%).

4) Motifs de choix d'un service

Ces motifs de choix sont les suivants :

- d'obtenir un poste dans une discipline qui plait, premier rang
- de travailler dans une bonne ambiance avec les différents professionnels, second rang
- d'articuler vie professionnelle et vie privée, et avoir des conditions de travail satisfaisantes, troisième rang ex-aequo.

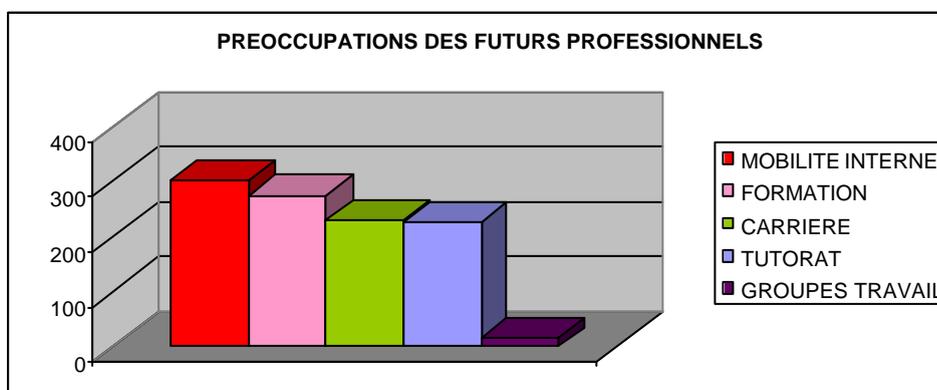
Partager les valeurs avec les cadres ne constitue pas une préoccupation, si ce n'est pour les plus âgés des étudiants, soit 11% d'entre eux.



5) Les trois principales préoccupations des futurs professionnels à leur arrivée dans un établissement

Les étudiants, lors de l'entretien de recrutement avec le directeur des soins, souhaitent savoir s'ils bénéficieront :

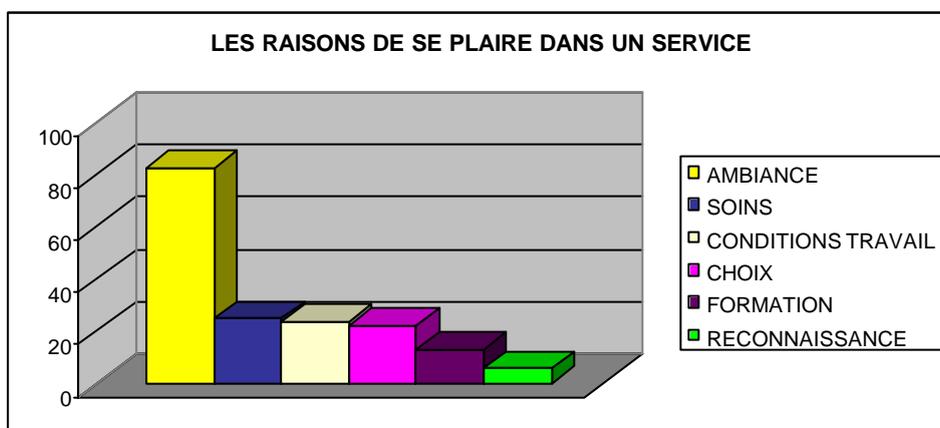
- d'une possibilité de changer facilement de service, premier rang
- d'une formation continue, second rang
- d'une possibilité de carrière et d'un tutorat à leur arrivée, troisième rang ex-aequo.



Il est à noter que la possibilité de participer à des groupes de travail n'intéresse que peu d'étudiants. En effet, ils ne sont que 17% à avoir coché cet item.

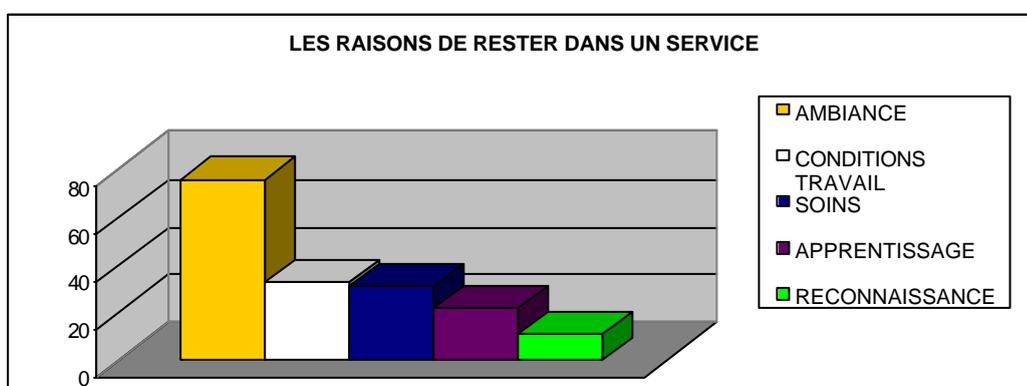
6) Les raisons de se plaire dans un service

Ces raisons reposent pour la moitié des étudiants sur une bonne ambiance de travail et une bonne entente au sein de l'équipe. Ensuite, les soins (leur nature, leur diversité et leur qualité), les conditions de travail (dont les locaux et horaires, roulement et la charge de travail), le fait d'avoir obtenu le service choisi, ainsi que la formation et le tutorat sont d'autres motifs exprimés par les futurs professionnels. Enfin, certains expriment qu'ils se plairont s'ils sont intégrés ou considérés ou reconnus.



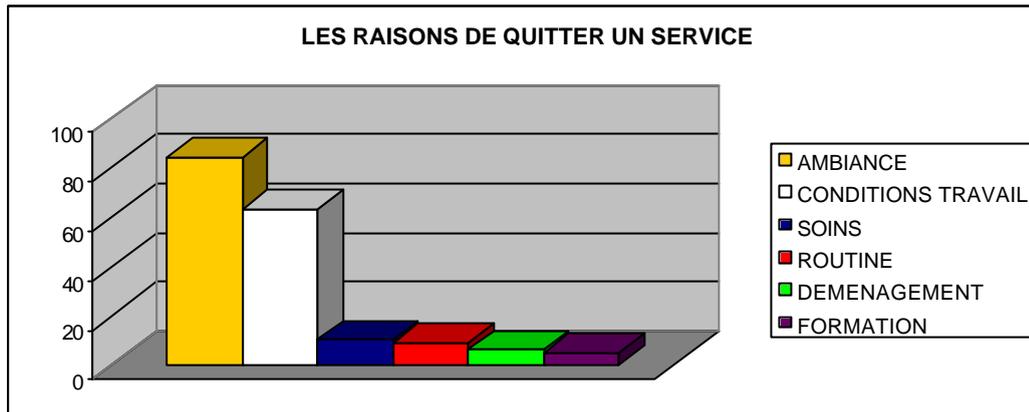
6) Les raisons de rester dans un service

Les facteurs de fidélisation sont multiples : en premier lieu l'ambiance et l'entente avec les collègues, puis les conditions de travail (notamment les horaires et roulements), la nature des soins (leur intérêt et leur qualité), et l'apprentissage et la formation, à parts égales. On retrouve aussi les marques de reconnaissance précédemment mentionnées, ainsi que la notion d'épanouissement.



7) Les raisons de quitter un service

Alors que les facteurs de fidélisation sont multiples, les motifs de départ en revanche se résument en deux points : une ambiance et des conditions de travail défavorables. D'autres éléments sont secondairement mentionnés : des soins ne convenant pas tant au plan technique que relationnel ; la routine, l'ennui ou la démotivation, ainsi les déménagements (prévus ou à venir). Le manque de formation enfin conduirait certains à partir.



En conclusion, retenons que sur une promotion de 178 étudiants en soins infirmiers de troisième année, les trois quarts souhaitent rester sur Paris et sa région. Les futurs professionnels choisissent un établissement pour sa localisation et ses spécialités. Ils attendent du directeur des soins qu'il leur donne la possibilité de changer facilement de service, de bénéficier d'une formation continue et d'être accompagné et formé lors de leur intégration. Ils veulent choisir le service dans lequel ils travailleront. C'est essentiel pour eux. Par ailleurs, ils sont sensibles à l'ambiance de travail, ainsi qu'à l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée. Ils attendent aussi du service qu'il soit source d'apprentissage et que les soins y soient diversifiés et de qualité. Une mauvaise ambiance de travail, une mésentente au sein de l'équipe, des désaccords et des conflits, ou des conditions de travail défavorables (en termes de charge de travail, horaires, roulements...) sont pour eux les principaux motifs de départs prévisibles. Il est noter enfin qu'un tiers des étudiants a signé un contrat avec un établissement. Plus de la moitié de ces personnes a dès à présent le projet de changer, au terme de son contrat.

Par conséquent, entre projets, attentes et exigences des étudiants, la fidélisation apparaît fragile et conditionnelle.