



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Quelle politique de ressources
humaines mener dans un
établissement psychiatrique, face à la
pénurie infirmière ?**

Céline ROBERT

Céline ROBERT - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

Remerciements

Je tiens à remercier M. Daniel Jancourt, Président de l'Adrhess qui a bien voulu tenir le rôle d'encadrant mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes que j'ai pu interroger au sein de l'établissement mais aussi à l'extérieur.¹

Un remerciement particulier à M. Oudoire, Directeur des soins de l'établissement, qui m'a fourni des informations et des documents précieux sur le sujet.

¹ Voir Bibliographie pour les personnes interrogées.

Sommaire

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
I. LES MULTIPLES RAISONS DE LA PENURIE D'INFIRMIERES DANS LES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES	5
1.1 La pénurie infirmière dans les établissements de santé : mythe ou réalité ?	5
1.1.1 De nombreuses carences d'infirmières au cours de l'histoire	5
1.1.2 Différents paramètres ont favorisé le manque actuel d'infirmiers	6
1.1.3 Des mesures transitoires pour pallier ce déficit	10
1.2 La problématique spécifique des établissements psychiatriques : de l'évolution des CHS au devenir des infirmiers de secteur psychiatrique	17
1.2.1 Le malaise des infirmiers de secteur face à la réforme du diplôme unique.	17
1.2.2. La difficile reconnaissance du métier d'infirmier psychiatrique	18
II. MALGRE UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ATTRACTIVE, LE CHM RESTE CONFRONTE A DES PROBLEMES DE RECRUTEMENT	23
2.1 Un positionnement géographique et sanitaire relativement favorable	23
2.1.1 Un environnement géographique attractif	23
2.1.2. Des quotas plutôt favorables	23
2.1.3 Une politique de coopération active	26
2.1.4 Une offre de soins diversifiée : des opportunités professionnelles pour les infirmiers	27
2.1.5 Les autres acteurs : des concurrents potentiels sur le marché de l'emploi infirmier	28
2.2. De nombreux facteurs incitatifs dans la politique de ressources humaines menée actuellement	31
2.2.1 Une politique d'accueil et de communication dynamique	31
2.2.2 Une politique sociale diversifiée	32
2.2.3 Une RTT bien négociée	34
2.2.4 Une politique d'accueil des stagiaires dynamique	35

2.3 Pourtant, le CHM est confronté à des problèmes de recrutement récents	38
2.3.1 Une évolution structurelle des besoins de personnel infirmier dans l'établissement.....	39
2.3.2 Une situation démographique défavorable.....	40
2.3.3 Des problèmes de recrutement préjudiciables au fonctionnement des services ...	41
III. LA NECESSAIRE ADAPTATION DE LA POLITIQUES DE RESSOURCES HUMAINES AUX ENJEUX ACTUELS.....	45
3.1 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), un outil fondamental pour analyser les besoins en personnel infirmier.....	45
3.1.1 Le suivi des ressources et des besoins : des outils précis et une méthodologie claire.....	46
3.1.2 Des outils de pilotage au service d'une stratégie partagée et transparente.....	48
3.2 L'approche collective de la GPEC : le projet social comme outil de fidélisation du personnel. infirmier	49
3.2.1 Les objectifs du premier projet social de l'établissement.....	49
3.2.2 L'approche collective du projet social :.....	50
3.2.3 Vers une gestion individualisée des personnels et de leur carrière	56
3.3 Le recrutement d'aides-soignants : un palliatif ou un projet à long terme pour le centre hospitalier Montperrin?	65
3.3.1 Un projet stratégiquement intéressant pour l'établissement.....	66
3.3.2.... Qui doit être accompagné d'une démarche métier.	69
BIBLIOGRAPHIE	77
LISTE DES ANNEXES.....	85

Liste des sigles utilisés

AS : Aide-soignant
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CHM : Centre Hospitalier Montperrin
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DEI : Diplôme d'Etat Infirmier
DGS : Direction Générale de la Santé
HDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers
HL : Hospitalisation Libre
HO : Hospitalisation d'Office
IDE: Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
MNE : Mission nationale d'Evaluation
RTT : Réduction du Temps de Travail
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION :

Déjà en 1989, lors de la 42^{ème} Assemblée mondiale de l'OMS tenue à Genève, un communiqué de presse alarmant était lu au sujet des infirmières : « L'Assemblée mondiale de la santé appelle à l'action pour remédier à la situation critique du personnel infirmier et des sages femmes. ». On y mentionnait que « les pays connaissent presque tous une pénurie d'infirmières qualifiées et qu'elles abandonnaient la profession à un rythme alarmant ».

◆ *Une pénurie au niveau européen.*

Aujourd'hui un rapport de l'OMS souligne les nouveaux problèmes de recrutement d'infirmiers dans les pays européens et attire l'attention sur trois dimensions de la pénurie :

- Une dimension quantitative, avec une offre insuffisante compte-tenu des besoins
- Une dimension qualitative, avec une formation hospitalière inadaptée au développement des soins extrahospitaliers,
- Une dimension distributive, avec une mauvaise répartition géographique ou par spécialité.

Cette pénurie oblige de nombreux pays européens, particulièrement touchés, à trouver des solutions quantitatives mais aussi à repenser le rôle, le positionnement de cette profession dans le système de soins en général et dans l'institution hospitalière en particulier.

◆ *En France, une répétition de l'histoire ou une crise particulière?*

En France, le « problème infirmier » en général, et la pénurie infirmière en particulier, font l'objet depuis de nombreuses années, de publications.

S'agit-il d'un sujet à la mode ? S'agit-il d'une pénurie ressentie ou d'une pénurie réelle fondée sur des éléments objectifs ?

En 1990, le rapport Vattier² mettait en évidence le véritable cycle observé sur les trente dernières années : « pénurie au début des années 60, puis dans les années 70, puis à nouveau dans les années 80 comme si la fin de la décennie précédente n'avait constituée qu'une rémission pour aboutir au bout du compte à une véritable crise en

² « Emploi, travail et formation dans les professions paramédicales », Conseil Economique et Social, Séance du 28 février 1990, rapporteur M. Vattier

1988 ». Aujourd'hui le problème se pose à nouveau puisque 15 000 postes d'infirmiers sont vacants. Mais les évolutions réglementaires (normes de sécurité, 35 heures), les exigences accrues en matière de qualité des soins, le vieillissement de la population (qui demande une prise en charge plus lourde) rendent la situation difficile à gérer dans les hôpitaux et plaident pour une crise de recrutement plus structurelle.

De nombreuses données objectives (quantitatives) mais aussi qualitatives (approche métier) présentées dans des rapports récents expliquent les difficultés de recrutement actuelles.

◆ ***Pourquoi s'intéresser au personnel infirmier ?***

Les difficultés de recrutement concernent l'ensemble des personnels hospitaliers du fait des départs à la retraite de la génération du baby-boom mais le personnel infirmier représente 36% de l'ensemble des professionnels de soins³ dans les établissements de santé en France et occupe une place essentielle dans le fonctionnement d'un établissement public de santé mentale. En effet, en psychiatrie le « plateau technique » est essentiellement composé de personnels soignants et socio-éducatifs. Par leur position, leur importance quantitative, (en moyenne entre 65 et 70 % du personnel de l'hôpital) leur historicité au sein de l'institution, les infirmiers représentent le point central de toute évolution. Toute modification quantitative ou qualitative les concernant, a une répercussion sur l'ensemble des personnels et sur le fonctionnement du centre hospitalier.

◆ ***Les spécificités des infirmiers des hôpitaux psychiatriques ?***

Stigmatisé par l'image de la folie, le centre hospitalier spécialisé reste à part au sein de l'appareil sanitaire français. Juridiquement, avec la loi portant réforme hospitalière de juillet 1991, il n'existe plus es-qualité. Il est devenu centre hospitalier, se rebaptisant parfois établissement de santé mentale mais son évolution reste particulière par rapport aux hôpitaux généraux. S'intéresser aux problèmes de recrutement des infirmiers en psychiatrie exige donc une approche qui tient compte des spécificités de leur histoire, de leurs pratiques, de leur image qui donne tout son intérêt au sujet.

³ Diagramme annexe n°1

◆ **Problématique :**

Au niveau national, des mesures générales ont été prises pour faire face à cette pénurie (en particulier le relèvement des quotas d'entrée en IFSI). Mais dans un marché de l'emploi tendu, ces mesures ne peuvent suffire à améliorer la situation et les hôpitaux doivent aujourd'hui analyser leurs atouts et leurs faiblesses en terme d'attractivité pour les infirmiers. De manière plus globale, chaque établissement doit entreprendre une réflexion sur sa politique à l'égard des infirmiers, mais aussi sur leur place et leurs fonctions dans les équipes de soins. Dans un établissement de santé mentale comme le Centre Hospitalier Montperrin (CHM) la spécificité du métier d'infirmier en psychiatrie doit être prise en compte pour mettre en place une réponse adaptée à la crise de recrutement et au malaise de ce corps de métier.

Quelle politique de ressources humaines peut-on mettre en œuvre au Centre Hospitalier Montperrin, pour limiter les effets de la pénurie d'infirmiers et réhabiliter le métier d'infirmier en psychiatrie ?

Dans un premier temps, nous analyserons les raisons multiples de la pénurie infirmière dans les établissements de santé et en psychiatrie plus particulièrement (I^{ère} partie).

Puis, nous étudierons les origines des problèmes de recrutement au centre hospitalier Montperrin (II^{ème} partie) et les solutions envisageables pour y remédier (III^{ème} partie).

I. LES MULTIPLES RAISONS DE LA PENURIE D'INFIRMIERES DANS LES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

L'ensemble des établissements de santé a périodiquement été confronté à des problèmes de recrutement infirmier. Aujourd'hui les chiffres paraissent alarmants : Dans l'interview qu'il a accordé au Monde en mai 2003, JF. Mattéi indiquait qu' « il semble qu'il y ait de 10 000 à 12 000 postes d'infirmières et 3 500 postes de médecins vacants ».

Dans un premier temps, on analysera les facteurs qui expliquent cette pénurie dans les établissements publics de santé de manière générale, avant de s'intéresser aux raisons spécifiques qui renforcent ce phénomène dans les établissements de santé mentale.

1.1 La pénurie infirmière dans les établissements de santé : mythe ou réalité ?

Si l'histoire de la profession infirmière montre que de nombreuses crises de recrutement se sont succédées dans les établissements de santé, il s'agit de s'interroger sur les origines de la pénurie actuelle de manière générale et dans les établissements de santé mentale de manière plus spécifique.

1.1.1 De nombreuses carences d'infirmières au cours de l'histoire

A la lecture de documents sur la pénurie d'infirmières dans l'histoire, on s'aperçoit que la pénurie de personnel soignant est quasi chronique : dans « Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France » Walter Hesbeen effectue une analyse historique des crises de recrutement infirmier et note que dès les années 60, des articles de « La revue de l'infirmière » et de « Gestions hospitalières » paraissent sur ce sujet.⁴

⁴ Quelques échantillons de titres : 1962 « La pénurie d'infirmières en France », 1964 « Aurons-nous des infirmières », 1973 « les infirmières hospitalières sont-elles en voie de disparition »...

Face à ces crises périodiques, de nombreuses solutions concernant les conditions de travail, la formation, l'évolution de la carrière, les aspects financiers ont été envisagés et souvent mises en œuvre.

Si ce phénomène de pénurie est évoqué aujourd'hui, il s'agit d'identifier le type de pénurie auquel sont confrontés les établissements⁵ :

- Une pénurie frictionnelle qui désigne un manque ponctuel et momentané de personnel. Cette pénurie est particulièrement ressentie si le turn over est important, les délais de recrutement administratifs élevés et la phase d'accueil ou de formation spécifique longue.
- La pénurie saisonnière qui est liée soit à une augmentation temporaire du volume d'activité soit à une diminution temporaire de la main d'œuvre disponible.
- La pénurie globale qui se définit par un déséquilibre entre la demande et l'offre, étant données les conditions du marché.
- Une pénurie structurelle qui peut être analysée comme une friction durable causée par la non-correspondance, dans l'espace ou dans les qualifications entre les besoins de main d'œuvre et les disponibilités réelles.

Ces différents types de pénurie peuvent coexister et amplifier les problèmes de recrutement. A lors actuel, aux problèmes saisonniers et frictionnels s'ajoute un phénomène de pénurie plus globale voire de pénurie plus structurelle (pour les établissements de santé mentale).

1.1.2 Différents paramètres ont favorisé le manque actuel d'infirmiers

Le 5 avril 2003 plus de 2000 personnes se sont pressées autour des stands du palais des congrès d'Issy les Moulineaux pour cette première journée du recrutement infirmier, symbolique de la nouvelle donne du recrutement infirmier mais aussi des difficultés rencontrées par les établissements dans ce domaine.

Des évolutions quantitatives mais aussi qualitatives expliquent la situation actuelle.

⁵ Walter Hesbeen, « Les difficultés de recrutement du personnel infirmier en France », Rennes, ENSP, 1993, 163p.

- Les éléments quantitatifs : un effet mécanique sur la démographie infirmière

Dès 2001, on comptait 12 000 postes équivalents temps plein vacants dans l'hospitalisation privée et publique avec des apogées dans certaines régions (Ile de France, Picardie).

- ❖ Cette carence s'explique avant tout par les **départs à la retraite** qui ont augmenté ces dernières années et qui devraient encore s'intensifier à partir de 2005, date qui correspond à la vague de départ des « baby-boomer ». L'âge moyen des infirmières est supérieur à 40 ans actuellement.⁶ La profession accuse un vieillissement sensible puisque l'âge moyen est passé de 34 ans en 1981 à 41 ans début 2000. Enfin, il faut noter que l'exercice en établissement public hospitalier est moins prisé par les tranches les plus jeunes de la population qui préfèrent souvent commencer par des missions d'intérim qui sont mieux rémunérées et qui leur donnent des premières expériences plus variées.
- ❖ A cet effet mécanique de la démographie se sont ajoutées les **évolutions des quotas** d'entrées en IFSI qui illustrent un recrutement en dents de scie. La volonté de maîtriser les dépenses de santé est passée par la diminution du quota d'entrées qui est passé de 18 236 en 1996 à 16 236 en 1997⁷. Cette diminution s'est fait sentir à partir de 2000, puisque la formation au diplôme d'Etat dure trois ans. Il faudra attendre 2000 pour que les pouvoirs publics réagissent et relèvent les quotas (hausse de 43% par rapport à 1999). Depuis 2000, 26 000 infirmières entrent en formation annuellement.
- ❖ L'entrée en application **des 35 heures** dès le 1^{er} janvier 2002 pour le personnel non médical a également eu des effets sur le manque d'infirmiers dans les services de soins puisque les créations de postes autorisés par les ARH se sont étalées de 2002 à 2004. La Mission Nationale d'Evaluation de la mise en place de la R.T.T dans les établissements de santé, souligne que l'organisation des 35 heures a amplifié les insuffisances démographiques des personnels soignants et médico-techniques. Pour la Mission Nationale d'Evaluation, cette pénurie donne lieu à des « surenchères » entre

⁶ p.36, Mission « Démographie des professions de santé », Yvon Berland, nov 2002.

⁷ Voir annexe n°2

établissements qui se traduisent par l'octroi de « primes d'heures supplémentaires forfaitaires » ou de « primes d'installation ».

- ❖ Au-delà de ses effets mécaniques, la RTT s'inscrit comme une nouvelle donnée sociétale valorisant la notion de temps personnel. Le rapport au temps de travail s'étant modifié dans l'ensemble de la société comme le souligne les auteurs du livre «La motivation au travail dans les services publics »⁸ la proportion des infirmières à **temps partiel** a doublé depuis 1983 et s'établit à 22% au début des années 2000.⁹ Cent emplois recensés correspondent à environ 93 ETP aujourd'hui contre 95,6 ETP en 1983. La carrière a pris le pas sur la vocation et la vie privée est davantage mise en avant.

- Les éléments qualitatifs : une évolution de la perception du métier d'IDE

L'image de l'infirmière dans l'imaginaire collectif s'est modifiée et influence le choix des jeunes dans leur orientation.

- ❖ Un micro-trottoir sur la profession des IDE, **vue par les lycéens**, réalisé par l'Adrhess illustre ce propos. Si le métier est encore caractérisé par son « altruisme », il ne semble pas assez valorisé par rapport à l'investissement qu'il demande. La relation avec le corps médical est également perçue de manière négative (« préjugé des médecins sur les infirmières »). Du fait de la pénurie d'infirmières dans les services, de nombreuses interviewées insistent sur le manque de temps consacré aux relations avec les malades.

Lors du Congrès de l'Adrhess d'octobre 2002 sur « les professions de santé face au choc démographique », certains intervenants ont souligné que les connaissances des IDE quant à leur statut sont faibles et que ce constat semble remettre en cause l'espoir d'attirer davantage d'étudiants vers ces métiers.

- ❖ **Chez les infirmiers en poste**, on note «un décalage entre une amélioration globale des carrières, des salaires et du temps de travail et un malaise, voire un désintérêt persistant pour l'hôpital »¹⁰. D'après les infirmières, ce décalage vient

⁸ « La motivation au travail dans les services publics », Pireau Alexandre, Genard Jean Louis, Duvillier Thibaut, éditions L'Harmattan, 2003, 442p., collection logique de gestion.

⁹ « Les professions de santé : éléments d'informations statistiques », in Solidarité et santé n°1, 2001.

¹⁰ Robert Maigrot, DRH au CHU de Dijon, in « professions de santé face au choc démographique : et si on parlait métiers ? », colloque de l'Adrhess, 17 et 18 oct. 2002.

de leur déception face à la structure hospitalière qui ne peut pas évoluer tandis que les problèmes quotidiens ne sont pas résolus.

L'accélération des progrès technologiques a également eu un impact fort sur les compétences requises dans les différents métiers et en particulier dans le métier d'infirmier soumis à une adaptabilité constante aux nouvelles réglementations (hygiène, plateau technique...). Si cette évolution a été perçue par une partie de la profession comme une avancée pour d'autres ce mouvement s'est trop souvent réalisé au détriment des contacts avec les patients.¹¹

- La mise en place de la RTT : révélateur d'une crise de l'organisation des hôpitaux, difficile à gérer pour les soignants.
 - ❖ La montée en charge de la RTT devait être partiellement compensée par de nouvelles organisations assurant une meilleure efficacité. Mais les résultats de l'enquête de la DREES sur les établissements publics sondés pour la MNE montrent que les établissements ont peu ou pas réalisé cet objectif. Au contraire, les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues avec la diminution des temps de chevauchement, même lorsque ceux-ci ont été remplacés par les « transmissions ciblées ». Le sentiment global est celui d'une « sur-densification des soins » et simultanément d'une diminution de leur qualité. « Ces thématiques représentent pour les soignants des « valeurs fortes » dont la dégradation a un impact fort sur leur propre reconnaissance professionnelle »¹².
 - ❖ Les cloisonnements entre les métiers et les structures ont été aggravés par la mise en œuvre de la RTT, d'après la Mission Nationale d'Évaluation. Les soignants ont ainsi souligné le peu d'implication du corps médical dans la réflexion sur la RTT et l'absence de coordination entre les organisations médicales et les organisations soignantes.
 - ❖ Pour la MNE, la mise en place de la RTT a également fait émerger une « problématique des cadres » qui est également révélée par le manque de postulants. Participants à la conception de l'organisation de la RTT mais exclus des décisions, ils assument les conséquences négatives des dysfonctionnements quotidiens sans disposer forcément des moyens pour les résoudre. Les évolutions

¹¹ Micro-trottoir Adrhess

¹² p. 5 in Rapport de la Mission Nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé.
Angel Piquemal 30 octobre 2002.

de carrières paraissent donc de moins en moins attractives aux yeux des infirmiers.

- ❖ La remise en cause des valeurs des soignants s'est souvent accompagnée d'un questionnement sur les valeurs et l'identité des établissements. La RTT s'est trop souvent traduite par une diminution de l'offre de soins et des fermetures d'été plus longues qu'auparavant. En psychiatrie, les unités d'hospitalisation ont été privilégiées par rapport aux unités extra-hospitalières limitant ainsi la politique de prévention et de suivi au niveau du secteur. Ces évolutions institutionnelles ont souvent été mal ressenties par les infirmiers.

Conscients des pénuries d'infirmières dans les services de soins et des problèmes de recrutement rencontrés par les établissements de santé, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures pour pallier ce déficit.

1.1.3 Des mesures transitoires pour pallier ce déficit

Après avoir tenté de mesurer le déficit de personnel soignant (et de personnel médical), les pouvoirs publics ont mis en place des mesures à court et long terme pour limiter les effets de la pénurie.

- La difficile mesure du déficit d'infirmiers

En novembre 2002, le professeur Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille, réalise un rapport intitulé « démographie des professions de santé ». Un des premiers objectifs mentionnés par le rapport est l'harmonisation et l'analyse des données démographiques existantes. Les sources statistiques sont nombreuses mais le ministère ne dispose pas de la photographie précise du nombre de personnels de santé en exercice, tous secteurs confondus. Il existe en effet des sources provenant du fichier des DRASS et des DDASS, des sources des ordres professionnels, d'autres de la CNAM ou de l'INSEE.

Ce rapport permet donc de dresser dans un premier temps un état des lieux de la démographie médicale et paramédicale actuelle. Au 1^{er} janvier 2002, on compte 692 infirmières pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Cette densité est en augmentation régulière depuis le début des années 90 mais ce ratio n'a de sens que s'il est analysé au regard de l'évolution des besoins de la population (qui augmentent à cause du vieillissement de la population). Le rapport préconise donc la mise en place d'un

observatoire national des professions de santé et de son réseau d'observatoires régionaux. Créée par le décret n°2002-529 du 19 juin 2003, les missions de cette structure sont de rassembler et d'analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, fournir un appui aux études et aux prospectives réalisées au niveau régional ou local à ce sujet. Cette nouvelle organisation devrait permettre de suivre l'évolution de la démographie des professions de santé dans leur ensemble et d'anticiper ces évolutions pour éviter les situations de pénurie.

Mais il faut noter que ce rapport fait suite à une série d'études sur le sujet : Jean Choussat en 1996, le Pr Guy Nicolas en 1996, les URCAM en 2000, le CREDES, la DGS, de nouveau Guy Nicolas en 2002 enfin le Pr Yvon Berland et Charles Descours. Le nombre de rapports parus montre les difficultés à établir le nombre d'infirmiers en France et à réaliser des projections pour l'avenir.

- La modification des quotas : des effets à retardement sur la démographie infirmière

Néanmoins, toutes ces études montrent que le manque d'infirmières (et de médecins) est particulièrement important dans certaines régions. Face à ce phénomène, dès l'année 2000, les pouvoirs publics ont augmenté les quotas de 43% par rapport à 1999 pour pallier ce déficit. Lors du colloque de l'Adress d'octobre 2002, Jean Marc Braichet, administrateur civil à la DGS, précisait que l'on manque de données objectives pour déterminer de façon certaine, le niveau des effectifs à remplacer dans 10 ou 20 ans pour chaque profession. Certaines évolutions sociologiques sont impossibles à prévoir comme l'âge de départ à la retraite : certains décident de poursuivre au-delà de l'âge légal alors que d'autres partent plus tôt. De plus, une fois les quotas déterminés dans les IFSI, les comportements des étudiants peuvent modifier les prévisions : certains ne vont pas jusqu'aux termes des études, il est difficile d'anticiper la répartition entre le secteur public, le secteur privé et le secteur libéral, le taux de féminisation des recrutements aura des conséquences en terme de temps partiel, de congés maternité. Si les flux au niveau européen restent faibles pour le moment, ils pourront avoir une influence sur le nombre d'infirmiers d'ici quelques années. L'élargissement devrait en effet avoir un impact sur les flux de professionnels du fait des écarts de salaires importants entre la France et certains pays de l'Est.

Les quotas permettent aux pouvoirs publics de disposer d'un levier d'action sur le nombre d'infirmiers sur le territoire mais ne permettent absolument pas d'influencer ni leur répartition géographique, ni le choix de leur service d'affectation. Des dispositifs financiers incitatifs comme dans l'éducation nationale pourraient donc être imaginés pour attirer les infirmiers dans des zones ou des spécialités déficitaires (gériatrie, psychiatrie).

- Dans l'urgence, des solutions palliatives

Si les quotas permettent de pourvoir les postes vacants à moyen terme, les pouvoirs publics devaient trouver des solutions à plus court terme pour éviter l'explosion de certains services. De nombreuses mesures aux effets plus ou moins efficaces ont donc été mises œuvre.

- ❖ L'Espagne étant le seul pays européen qui n'est pas confronté à une pénurie infirmière, le ministère de la santé a organisé une filière de recrutement des infirmières espagnoles dans les hôpitaux français. En effet, la libre circulation des biens et des personnes en Europe depuis le traité de Maastricht du 07 février 1992, a obligé le législateur européen à adopter des principes communs au niveau de la reconnaissance des acquis professionnels, de l'équivalence des diplômes et de l'unification des programmes de formation. Le texte du Conseil de l'Europe de Strasbourg d'octobre 1967, s'intitulant Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières, est le premier texte concernant les infirmières. Il consacre la norme minimale pour la plupart des pays européens pour permettre aux infirmières de s'établir dans un autre pays de la CE. Les directives n°77/452 et 77/453 du 27 juin 1977 assurent la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmiers responsables de soins généraux et définissent un programme minimum pour l'enseignement des soins infirmiers dans la C.E. Enfin, l'Union européenne a adopté le 26 février 2001, une directive pour simplifier la reconnaissance des diplômes. Mais la reconnaissance des diplômes ne suffit pas à assurer la réussite de l'expatriation d'infirmières espagnoles.

Ainsi, un dispositif pour faciliter le recrutement d'infirmières espagnoles a été mis en œuvre. En Espagne, le travail en partenariat de l'Ambassade de France et de la délégation de l'office des migrations internationales avec l'INEM (équivalent de l'ANPE) permet d'offrir un cadre sécurisé aux candidats à l'expatriation (définition des offres et conditions d'emploi). En France, l'engagement des fédérations d'employeurs (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC qui ont signé une charte d'engagement commune), de la direction des migrations internationales et de la DHOS ont permis de garantir une grande qualité d'insertion des candidats. Le Greta de l'Essonne assure l'apprentissage accéléré du français et des conditions de logement pendant ce stage d'apprentissage.

Aujourd'hui, 11 promotions ont permis de réaliser 309 recrutements (dont 272 infirmières) alors que les offres des différentes fédérations d'employeurs s'élevaient à environ 502 infirmiers.

Ce système pallie les insuffisances de certains établissements (en particulier dans la région parisienne). Mais ces recrutements ne peuvent résoudre les carences d'infirmières dans l'ensemble des établissements. Dans les hôpitaux psychiatriques où la barrière de la langue constitue un véritable handicap pour le soin, cette solution paraît encore plus contestable.

- ❖ La réglementation permet à des médecins étrangers de prendre des postes d'IDE. Mais deux pratiques coexistent : la circulaire d'août 2001 ouvre à certains médecins étrangers un accès direct à l'exercice de la profession d'infirmier, pour une durée limitée à trois ans. Mais cette réglementation est appliquée de manière différente selon les départements puisque l'arrêté du 30 mars 1992 prévoit un accès direct aux épreuves du diplôme d'Etat pour les médecins étrangers à condition qu'ils aient effectué un stage de deux mois de formation dans un IFSI. Mais ces dispositifs ne sont appliqués qu'à la marge.
- ❖ En 2002, le gouvernement a également mis en place un dispositif régional afin de favoriser le retour à l'emploi des infirmières qui ne sont plus en fonction. Ces mesures concernent les infirmières de moins de 45 ans et ayant arrêté leur activité depuis plus de cinq ans. L'infirmière effectue une formation gratuite d'un mois qui lui permet de remettre à niveau ses compétences et de se resituer dans la profession. Une aide est ensuite fournie afin de trouver un emploi avec les établissements partenaires. Six régions seulement ont été concernées par ces mesures dont l'Île de France. Lors d'un entretien téléphonique, M. Philippe Touzy au département de la prospective de l'emploi et des compétences à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, notait que ces mesures avaient eu des effets minimes.
- ❖ Le programme national de formation au diplôme d'Etat en faveur des demandeurs d'emploi au titre du fond de la formation professionnelle et de la promotion sociale s'ajoute aux mesures précédentes. Il concerne la prise en charge de 2000 demandeurs d'emploi en 2002, répartis sur 6 régions où est constatée une nécessité de recrutement infirmier particulièrement important. Les publics visés sont les demandeurs d'emploi indemnisés par le régime d'assurance chômage et les demandeurs d'emploi non indemnisés mais entrant dans le cadre des publics cibles des politiques de l'emploi. La formation est prise en charge par les établissements et est donc gratuite pour les stagiaires. Cependant ce dispositif n'a été mis en oeuvre que pour l'année 2002 et n'augure pas de la réussite des candidats au diplôme.

Ces mesures montrent que les pouvoirs publics ont conscience des problèmes rencontrés par les établissements. Mais ces dispositions n'ont d'effet qu'à la marge par rapport à l'étendue des besoins et ne sont pas forcément adaptées aux problématiques spécifiques des établissements psychiatriques.

- A plus long terme, l'amélioration des conditions de travail et la valorisation de l'expérience

- ❖ Les protocoles Aubry du 14 mars 2000 et et le protocole Guigou du 14 mars 2001 sur l'amélioration des conditions de travail ont pu indirectement rendre le métier d'infirmier à l'hôpital public plus attractif. Sans citer l'intégralité des mesures, on peut relever que la volonté d'améliorer les remplacements, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la violence (particulièrement important en psychiatrie), de développer la formation professionnelle ne peuvent qu'améliorer l'attractivité du métier d'infirmier. Le protocole du 14 mars 2001, afin de réduire les importants blocages démographiques prévisibles jusqu'en 2005-2010, restructure le classement indiciaire en deux grades et augmente de 2% certains paramédicaux en fin de premier grade. Au total, 56 000 paramédicaux (dont les IDE) pourront accéder simultanément à une fin de carrière relevée de 45 points d'indice brut et une amélioration de 7% de la rémunération de fin de carrière. Par ailleurs, « l'implication des cadres dans les projets institutionnels et leur rôle d'animation et de coordination est reconnu et fortement valorisé » avec la création, dans le respect des métiers, d'un corps de cadre de santé de catégorie A.
- ❖ La loi de modernisation sociale publiée le 17 janvier 2002 met en place la Validation des Acquis de l'Expérience en étendant le principe de la validation des acquis professionnels créée par la loi de juillet 1992, à l'ensemble des diplômes et titres à finalité professionnelle et en confirmant l'acquisition de savoirs et de capacités par l'expérience professionnelle et personnelle. La VAE s'adresse à toute personne, salariée ou non, de statut public ou privé, dès lors qu'elle peut justifier d'une expérience professionnelle de trois ans minimum. Tous les diplômes d'Etat sont concernés mais une démarche volontariste est requise pour les métiers de la santé. La VAE pourrait permettre à des professionnels de santé (en priorité les aides-soignants) d'acquérir le diplôme d'Etat Infirmier sans effectuer une scolarité complète de trois ans après validation, par un jury et sur la base d'un référentiel, de certaines des compétences requises pour l'obtention du diplôme. La prise en compte des acquis de l'expérience pour l'obtention du DEI présente un

risque de dévalorisation du diplôme si elle n'est pas solidement encadrée et préparée par chaque candidat. Mais la VAE apparaît comme un élément indispensable à l'essor de la promotion professionnelle à l'hôpital. De plus, la VAE et le travail qu'elle implique pour la définition d'un référentiel de compétences, peuvent être des facteurs de maintien et de renforcement de l'identité professionnelle des infirmières. La VAE est un véritable atout à saisir pour les établissements.

La France a mis en place des mesures pour limiter les effets de la pénurie mais il est intéressant d'étudier certaines réflexions menées dans d'autres pays européens.

- Les expériences étrangères

La France est loin d'être le seul pays confronté aux risques de pénuries infirmières comme le montre une étude du CREDES datée de 2000 et intitulé "La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexions à partir d'exemples européens". De nombreuses stratégies (dont certaines se rapprochent des mesures françaises) ont été mises en oeuvre à l'étranger.

Une réflexion a été initiée dans les pays anglo-saxon et mérite de retenir l'attention : les anglo-saxons utilisent le terme de "skill-mix" pour décrire la variété des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des tâches entre eux. Cette problématique, que l'on traduira par "répartition des compétences", renvoie en France aux questions posées par le partage des tâches et des compétences, et par la définition du contenu et des frontières des métiers. Ces expériences étrangères permettent de tester l'efficacité et l'efficience de la délégation de certaines tâches, traditionnellement réalisées par des médecins généralistes aux infirmières. Ce type de transfert de compétences entre médecins et infirmiers permet de revaloriser le métier d'infirmier et de limiter ce sentiment de soumission aux médecins mais paraît peu transposable dans notre système de santé dans le contexte de pénurie infirmière. Mais ces démarches posent la question plus globale de la définition du contour des métiers : en effet, une réflexion doit être menée dans les établissements psychiatriques sur la frontière entre le métier d'infirmier et d'aide-soignant.

Exemple britannique : les infirmières à compétences étendues

Les infirmières à compétences étendues ont reçu une formation complémentaire. Les modes de formation sont très divers : formation académique et/ou apprentissage auprès d'une infirmière à compétences étendues ou auprès d'un médecin généraliste. Le terme "infirmière" est utilisé ici sans distinction entre les différentes qualifications anglo-saxonnes :

- *les "practice nurses" sont les infirmières qualifiées, salariées par les cabinets de soins. Elles peuvent suivre des formations pour des prises en charge spécifiques.*
- *Les « nurse practionners » sont des infirmières qualifiées ayant suivi une formation qui leur permet de travailler de manière autonome, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Elles peuvent en particulier être amenées, au cours d'une consultation, à proposer une prescription qui, jusqu'à récemment, devait être signée par un médecin.*

Les principaux domaines où les infirmières ont étendu leurs compétences, sous réserve d'une formation complémentaire, sont la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques, et les consultations de première ligne.

Malgré ces mesures, les établissements connaissent des difficultés pour recruter du personnel infirmier et faire face aux nombres de départs. Les établissements psychiatriques sont concernés de la même façon que les autres établissements par ce phénomène mais ne peuvent réajuster leur politique de ressources humaines sans tenir compte de la spécificité historique et culturelle des infirmiers en psychiatrie.

1.2 La problématique spécifique des établissements psychiatriques : de l'évolution des CHS au devenir des infirmiers de secteur psychiatrique

1.2.1 Le malaise des infirmiers de secteur face à la réforme du diplôme unique.

Un travail sur la politique de ressources humaines dans un établissement psychiatrique ne peut faire l'économie d'une approche historique des infirmiers en psychiatrie, sans prendre le risque d'ignorer une dimension essentielle de leur image et de leur positionnement.

- L'histoire mouvementée du diplôme unique

Par rapport aux professions sanitaires et sociales (IDE 1922, AS 1932), le processus de professionnalisation des infirmiers psychiatriques est relativement récent : les premiers jalons datent de 1955, mais il faut attendre l'arrêté du 16 février 1973 (modifié en 1979 et la 1^{er} juin 1982) pour que soit mise en place une formation digne de ce nom, intégrant la dimension extra-hospitalière et les aspects somatiques. Les infirmiers des hôpitaux psychiatriques, devenus infirmier de secteur psychiatrique (ISP) peuvent dispenser des soins aux malades mentaux mais ne peuvent pas dispenser de soins dans les hôpitaux généraux, alors que l'inverse est possible pour l'IDE. L'infirmier psychiatrique ne peut exercer sa profession que dans certains établissements et certains services. La réforme des études en 1979 jette les bases d'un rapprochement entre les deux filières. Puis les décrets d'application de la loi du 31 mai 1978 déterminent un champ de compétences unique mais les deux composantes ne bénéficient pas des mêmes dispositions :

- Possibilité d'exercice dans tous les secteurs sans complément de formation pour les IDE, formation pour obtenir le DE et donc la polyvalence d'exercice pour les ISP.
- Directives européennes assurant l'équivalence de diplôme pour les IDE, simple recommandation pour les ISP.

Conscients de ces différences, les pouvoirs publics optent pour une unification tant au plan statutaire que pour la formation. Les premiers projets datent de 1984 mais ne trouvent leur aboutissement qu'en 1992, montrant ainsi toutes les résistances de part et d'autre. Pour les infirmiers psychiatriques, ce projet leur permet de s'inscrire dans une

identité apparemment forte et socialement valorisante, mais au détriment de la perte possible des acquis liés à leur ouverture sur le secteur social. Finalement, avec le décret n°92.264 du 23 mars 1992 et les arrêtés du 23 mars 1992 naît le nouveau diplôme unique infirmier. Si certains se félicitent alors d'une formation axée sur la prise en charge globale du patient, d'autres s'inquiètent aussi bien du manque de technique des nouvelles diplômées que de leur méconnaissance de la psychiatrie. Mais la gestion des conditions de passage entre les deux fonctions (soins en psychiatrie et soins généraux) est révélatrice de l'opposition entre les deux milieux et est ressentie comme une dévalorisation par les infirmiers de psychiatrie. En effet, ces derniers ne peuvent obtenir le diplôme d'Etat Infirmier que s'ils valident 3 mois de stage à temps complet dans des services généraux (1 mois en médecine, un mois en chirurgie, un mois aux urgences ou en réanimation). L'inverse n'est pas vrai et les IDE peuvent exercer en psychiatrie sans formation complémentaire. L'inégalité dans la reconnaissance du diplôme au niveau européen ne fait qu'amplifier ce sentiment de dévaluation de leur discipline.

1.2.2. La difficile reconnaissance du métier d'infirmier psychiatrique

L'histoire des infirmiers mais aussi l'évolution de la discipline psychiatrique expliquent que le métier d'infirmier psychiatrique a un contenu mal défini et peu connu.

La psychiatrie est aujourd'hui traversée par des lignes de fractures multiples qui fragilisent d'autant plus les personnels qui y travaillent.

- Reconnaissance d'une spécificité ou intégration de la psychiatrie aux soins généraux?

La première fracture se situe entre un mouvement d'équipes psychiatriques souhaitant que la discipline garde sa spécificité et un mouvement d'intégration de la psychiatrie dans le droit commun hospitalier (il s'agirait de faire de la psychiatrie une discipline comme les autres). De nombreux débats ont animé le milieu psychiatrique pour savoir si les professionnels devaient revendiquer une spécificité de leur discipline. Mais les contours de cette discipline restent flous : la psychiatrie publique, du fait des intrications medico-sociales propres à la pathologie mentale, se situe au carrefour du sanitaire et du social. En effet, on assiste aujourd'hui à une "psychiatisation" des problèmes sociaux qui auparavant n'étaient pas pris en charge en psychiatrie d'après les cadres et les infirmiers interrogés. Peu reconnue dans le champs sanitaire, où le modèle biomédical reste la référence, la psychiatrie n'est pas non plus légitime dans le champs social.

Or, l'identité professionnelle des infirmiers psychiatriques s'est beaucoup fondée sur la reconnaissance de leur spécificité par rapports aux infirmiers des hôpitaux généraux. Sainsaulieu dans son étude sur l'identité au travail, présente l'identité comme le résultat

d'une différenciation, d'une reconnaissance qui passe par la lutte. L'identité qu'elle soit personnelle ou professionnelle, se construit. Dans le cas des infirmiers psychiatriques, le processus de différenciation est entrain de s'estomper (depuis le diplôme unique). Enfin, il faut noter l'image encore péjorative de la psychiatrie dans l'imaginaire social : la psychiatrie est appréhendée comme un milieu violent, fermé, avec des infirmiers qui jouent plus le rôle gardiens comme le décrit Foucault dans "Surveiller et punir".

- Une discipline aux pratiques diverses

- ❖ Au contraire des autres disciplines médicales, l'indétermination qui règne sur la maladie mentale et sur le statut de la folie, a confronté des approches divergentes et des pratiques très diverses. Si la théorie psychanalytique a longtemps été la référence forte, les progrès apportés par la neurobiologie ont ouvert la voie à d'autres pratiques. La discipline psychiatrique se cherche , sur le terrain les pratiques sont hétéroclites et le métier d'infirmier psychiatrique reste mal défini. Beaucoup de professionnels demandent encore aujourd'hui l'instauration d'une spécialisation infirmière en psychiatrie pour formaliser un corpus de connaissances se constituant en discipline . Suite aux Etats Généraux de la psychiatrie qui se sont tenus cette année à Montpellier la CGT Santé-Action Sociale a réaffirmé la nécessité d'un budget et de formations spécifiques à la psychiatrie : de nombreux professionnels demandent que le contenu et l'organisation des formations des médecins et des infirmiers soient revus "pour qu'elles puissent préparer réellement à l'exercice professionnel spécifique de la psychiatrie". Pour beaucoup de professionnels présents à ces conférences, les conséquences de l'attitude des pouvoirs publics ont abouti à la banalisation du fait psychiatrique et à la négation de la dimension spécifique du soin psychiatrique".
- ❖ Au sein des institutions psychiatriques, une césure s'opère lentement entre les infirmiers exerçant en intra-hospitalier et les infirmiers exerçant en extrahospitalier. En extrahospitalier, on note une dilution du soin dans le travail social. Les infirmiers se trouvent d'ailleurs confrontés à des professions mieux implantées (assistantes sociales, éducateurs...). En interne, le pôle soignant reste fort mais doit assumer à la fois un taux de rotation des patients élevé pouvant comporter une gestion de la violence (en particulier pour les HO et les HDT) et une population de chroniques . Les références scientifiques et déontologiques divergent donc de plus en plus entre les infirmiers de l'intra et de l'extrahospitalier.

- Une équipe d'intervention qui s'élargit

L'équipe d'intervention en psychiatrie qui se réduisait auparavant au psychiatre et à l'infirmier s'est élargie. Dans un premier temps, dans les services de psychiatrie infanto-juvénile, l'infirmier psychiatrique a dû concéder une part de son territoire aux psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, assistants sociaux et éducateurs. Face à ces intervenants spécialisés, l'infirmier s'est arc-bouté sur sa fonction de permanence et d'aménagement du quotidien. L'arrivée des ASH et dans certains services des aides-soignants, l'oblige à repenser son cadre d'intervention. En effet, pendant longtemps, faire le ménage, aménager le quotidien étaient considérés par les infirmiers comme des actes thérapeutiques : la tendance était celle du "tout thérapeutique"¹³. La profession soignante en psychiatrie, est actuellement mise en cause à l'intérieur même de son champ traditionnel d'activité.

- Les incertitudes sur l'évolution de la place des établissements de santé mentale dans l'offre sanitaire

L'avenir, et le positionnement même des établissements publics de santé mentale dans l'offre de soins restent incertains et rendent d'autant plus difficile l'anticipation des évolutions du métier d'infirmier :

Deux grandes hypothèses d'évolution de la psychiatrie publique peuvent être esquissées , selon que le dispositif de prise en charge s'appuie en priorité sur l'hôpital général ou sur les structures extrahospitalières (en particulier les centres médico-psychologiques).

- ❖ La première hypothèse : l'hôpital général devient le point central à partir duquel s'organise la psychiatrie publique .

La porte d'entrée principale de la psychiatrie publique repose en partie sur les urgences, les équipements extrahospitaliers intervenants un peu en amont, mais surtout en aval. Les établissements publics de santé mentale conservent seulement la gestion de l'accueil des patients psychiatriques chroniques et s'ouvrent à de nouvelles clientèles (personnes âgées, handicapés, long séjour). Cette évolution nécessiterait l'acquisition de compétences en matières d'urgences, de psychiatrie de liaison et exigerait une redéfinition des contours du métier d'infirmier en psychiatrie.

¹³ Propos du Directeur des Soins

- ❖ La deuxième hypothèse : la sectorisation se développe à partir des centres médico-psychologiques qui constituent le point central de la psychiatrie.

L'ensemble des équipements des services s'articulent sur un axe prévention-soin-réhabilitation. Les établissements se redéploient donc de l'intra vers l'extrahospitalier, en gardant la gestion de l'ensemble. Ces redéploiements, au-delà de la mobilité géographique nécessitent des fonctions plus spécialisées et des liens plus forts avec le social. Si l'intrahospitalier se recentre sur les fonctions soignantes, l'extrahospitalier fait appel à des équipes pluridisciplinaires plus larges ne comprenant plus seulement des infirmiers (mais aussi des psychologues, travailleurs sociaux...)

Ces éléments ont créés un véritable malaise chez les infirmiers psychiatriques qui voit leur profession mal définie, mal reconnue et finalement peu attractive pour les jeunes générations formées.

2.2.3 Quelle attractivité pour les établissements de santé mentale?

Face aux difficultés de recrutement, les établissements psychiatriques doivent améliorer leur image dans l'esprit des jeunes générations formées et rendre leur établissement plus attractif.

- Les résultats mitigés du questionnaire en IFSI

Afin, de se faire une idée plus précise de ce que pouvait penser les jeunes générations de la psychiatrie comme débouché possible à la suite de l'IFSI, des questionnaires ont été réalisés et distribués aux promotions de première, deuxième et troisième année de l'IFSI du CHM. Ces questionnaires ont été construits en s'inspirant d'une étude réalisée pour la Direction des Hôpitaux en 1993 pour " Rapprocher l'offre et la demande d'emplois infirmiers". Ce questionnaire a par la suite été soumis à la directrice de l'IFSI du Centre hospitalier Montperrin et à l'équipe de professeurs de l'IFSI qui ont réalisé quelques corrections.¹⁴

En première année, les étudiants ont tendance à mettre en avant l'aspect technique de leur futur métier et connaissent peu la psychiatrie. En deuxième et troisième année, les choix se précisent suite aux stages hospitaliers et certains étudiants projettent de commencer leur carrière en psychiatrie (10% des étudiants interrogés). Dans 85% des

¹⁴ Questionnaire annexe n°3

cas, ceux qui comptent choisir la psychiatrie privilégient l'aspect relationnel dans le choix du type de service (devant le type de pathologie, la durée d'hospitalisation). Par ailleurs, 80% des étudiants qui veulent travailler en psychiatrie ont été très satisfaits ou satisfaits de l'accueil durant leur stage au Centre Hospitalier Montperrin. L'accueil des stagiaires et l'image que renvoie l'établissement sont donc des éléments primordiaux pour renforcer l'attractivité de l'établissement

Mais la majorité des étudiants de deuxième et troisième année privilégient trois secteurs : chirurgie, réa/urgences, médecine.

La technique et la relation avec le patient sont les dimensions clés que les étudiants valorisent dans leur futur métier. Le métier d'infirmier en psychiatrie demande beaucoup moins de technique que de nombreux services d'hôpitaux généraux. Mais l'aspect relationnel peut être mis en avant pour valoriser ce métier. Par ailleurs, il est intéressant d'observer que, quand la psychiatrie se retrouve dans les trois premiers choix des étudiants, la gériatrie est très souvent choisie à côté de la psychiatrie. Ces disciplines semblent moins valorisées par les étudiants en IFSI. Des actions de communication pourraient être entreprises afin de donner une image plus positive de ces métiers souvent méconnus.

- Le métier d'infirmier psychiatrique : le parent pauvre des actions de communication

Les propositions actuelles sur la valorisation des métiers de la santé ne prennent pas en compte la spécificité des métiers propres à la santé mentale. Par exemple, les propositions de l'ARHIF qui sont les plus abouties en matière de communication autour des métiers de la santé ne mentionnent jamais la spécificité de la psychiatrie.

De manière générale, les établissements de psychiatrie rencontrent des problèmes de recrutement de la même manière que les établissements de soins généraux du fait d'évolutions quantitatives et qualitatives propres à tous les établissements de santé. Mais les établissements psychiatriques et les infirmiers de ce secteur ont connu une histoire particulière qui donnent un éclairage spécifique aux problèmes de recrutement.

Le Centre Hospitalier Montperrin, malgré sa situation géographique favorable, est confronté à des problèmes de recrutement et tente de mettre en oeuvre une politique de ressources humaines attractive.

II. MALGRÉ UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ATTRACTIVE, LE CHM RESTE CONFRONTÉ À DES PROBLÈMES DE RECRUTEMENT

Les problèmes de recrutement se posaient peu il y a quelques années, étant donné la position géographique de l'établissement. Pourtant, le projet de ressources humaines du centre hospitalier Montperrin (défini dans le projet d'établissement 2000/2004) montrait déjà la volonté de l'établissement de maintenir son attractivité. Mais l'établissement n'échappe pas aujourd'hui aux difficultés de recrutement.

2.1 Un positionnement géographique et sanitaire relativement favorable.

2.1.1 Un environnement géographique attractif

Avec un accroissement de 534 623 habitants entre 1982 et 1999, soit un taux de croissance annuel de 0,7%, la région Provence Alpes Cote d'Azur est restée en tête des régions françaises les plus attractives (avec la région Languedoc Roussillon). Le département des Bouches du Rhône où se situe le centre hospitalier Montperrin rassemble 1,8 millions d'habitants surtout installés dans des zones urbaines et représente 40% de la population de la région qui présente une densité de 358,5 hab./km². Si la population se concentre dans la ville de Marseille, Aix en Provence reste attractive par son dynamisme culturel, touristique, et ses universités. L'industrie est largement développée dans les Bouches du Rhône et le secteur tertiaire explose du fait du développement du tourisme. L'héliotropisme et le dynamisme du département constituent ainsi des avantages qui favorisent le recrutement du personnel infirmier au CHM.

2.1.2. Des quotas plutôt favorables

- La région PACA : une région favorisée au niveau des quotas infirmiers

La région PACA compte aujourd'hui 23 IFSI, et se place en 4^{ème} position derrière l'île de France, Rhône Alpes et le Nord Pas de Calais au niveau des quotas 2003 d'étudiants

admis à entrer en première année (avec un quota 1740 étudiants). Ainsi, en région PACA, depuis 1983 le quota a varié de 976 à 1500 places. Il a en effet connu un fort accroissement de 400 places en 2000 (+36%) en prévision de l'application à la fonction publique de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. Mais il a aussi traversé des fluctuations sensibles et notamment une importante augmentation de places en 1992 (+14%) et une baisse significative de 220 places entre 1996 et 1997 (-18%).

En 1999, 28 383 infirmiers exercent en région PACA soit un taux de 617 infirmiers pour 100 000 habitants :

- 21 393 salariés (465 pour 100 000 habitants)
- 6 990 libéraux (152 pour 100 000 habitants)

Comparée à celle de la France métropolitaine, la démographie infirmière de la région PACA se situe comme suit :

	France métropolitaine	PACA
Population générale	58 722 600	4 605 437
Effectifs infirmiers libéraux	53 416	6 990
Nbe infirmiers lib/100 000 hab.	91	152
Effectifs inf. salariés	255 863	21 393
Nbe inf. salariés/100 000 hab.	436	465
Effectif global inf.	309 279	28 383
Nbe inf/ 100 000 hab.	527	616

Source : Schéma régional des formations aux professions paramédicales et de sages-femmes, juin 2002, PACA, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

La ventilation du quota de 1500 étudiants en première année entre les 23 IFSI de la région PACA a été réalisée en juin 2000 en tenant compte exclusivement des capacités d'accueil des instituts. Mais comme l'indique le schéma régional des formations aux professions paramédicales et de sages-femmes, la restructuration du dispositif doit répondre au double objectif de rééquilibrage en fonction de l'offre de soins et du poids démographique des zones.

La comparaison entre le quota actuel par département et une répartition théorique (tenant compte de la population générale et du nombre d'infirmiers en exercice pour caractériser l'offre de soins) montre que la zone Aix-Pertuis-Salon était sous doté en

2001 : le schéma proposait donc de passer de 95 places à 125 (augmentation de 30 places, qui correspond à l'augmentation la plus importante de la région, derrière la zone Antibes-Cannes-Grasse).¹⁵ La DDASS concluait alors que « étant donné son poids démographique et l'importance de son équipement sanitaire, cette zone pourrait disposer d'une offre de formation beaucoup plus conséquente ».

- Les avantages de l'implantation des instituts de formation au CHM

En septembre 2001, dans le cadre du Syndicat Interhospitalier du Pays d'Aix, les instituts de formation des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignants sont regroupés sur un site unique dans l'enceinte du Centre Hospitalier Montperrin disposant d'un terrain plus important. Sa construction et son entretien sont assurés dans le cadre du Syndicat Interhospitalier du Pays d'Aix (en partenariat avec l'hôpital Général). Cette évolution a permis à l'hôpital Montperrin d'améliorer son image aux yeux des jeunes infirmières en formation, de développer plus facilement sa politique de communication à l'égard des futurs infirmiers, mais aussi de donner plus de visibilité aux opportunités de carrière dans le métier d'infirmier avec l'IFCS. Les relations avec la direction de l'IFSI se sont resserrées grâce à l'implantation de l'IFSI dans l'hôpital. En effet, le schéma régional des formations aux professions paramédicales et de sages-femmes, précise d'une part que *“ Chaque fois que cela est possible, l'implantation de l'IFSI sur un site hospitalier est à privilégier pour une articulation optimale entre la formation théorique et la formation pratique”* et d'autre part que *“ Sans méconnaître l'unicité du programme d'accès au diplôme d'Etat infirmier, qui intègre depuis 1992 la dimension psychiatrique, il est souvent évoqué l'opportunité de rester attentif aux sites de formations qui, par leur implantation et les terrains de stages qu'ils proposent, semblent en mesure de donner une réponse spécifique aux besoins des établissements de santé psychiatriques. Remarquons à cet égard que trois CHS gèrent ou cogèrent des IFSI, à savoir les instituts de formation du Syndicat Interhospitalier du Pays d'Aix, du CHS de Ste Marie à Nice, et du GIP d'Avignon et du pays du Vaucluse”*.

Par ailleurs, l'IFSI lui-même grâce à des locaux neufs a vu son attractivité augmenter. Le quota d'étudiants admis en première année s'est sensiblement accru depuis l'ouverture des nouveaux locaux. Si le quota de l'IFSI d'Aix s'élève aujourd'hui à 59 l'objectif de la DDASS à terme est d'atteindre un quota de 90 places. Le site de Salon

¹⁵ tableau, annexe n° 4

de Provence (deuxième IFSI de la zone) conserverait un quota inchangé de 35 places.

Etant donné les projections pour les années à venir , les capacités de formation pour les cadres de santé sont également augmentées passant de 30 à 45 places entre 2001 et 2002 pour l'IFSI d'Aix.

La possibilité d'accueillir ces nouvelles promotions dans ses murs constitue sans aucun doute un avantage pour le recrutement d'infirmiers.

L'attractivité d'un établissement dépend également de son ouverture sur l'extérieur et des coopérations qu'il a mis en place.

2.1.3 Une politique de coopération active

Le CHM conscient de l'image renfermé des établissements psychiatriques, a développé des complémentarités dans plusieurs domaines (soins, logistique, formation) selon différentes modalités juridiques (de la convention au syndicat interhospitalier) et dans des cadres géographiques distincts :

- La participation à des communautés d'établissements

En 1999 est créée une communauté d'établissements de santé entre les centres hospitaliers Montperrin, Edouard Toulouse (Marseille) et Valvert (Marseille) afin de développer des axes de coopération et de complémentarité entre trois hôpitaux spécialisés en psychiatrie. Les objectifs principaux de cette communauté sont la promotion de l'image de la psychiatrie par des actions de communication destinées au grand public et/ou aux professionnels de santé, la collaboration en matière de formation continue des personnels médicaux et non médicaux, l'amélioration des échanges d'informations entre les établissements. Ces actions ont renforcé l'ouverture du centre hospitalier et améliorent l'image de l'hôpital, qui constitue un élément essentiel de l'attractivité de l'hôpital : en effet, les résultats des questionnaires effectués à l'IFSI montrent que les étudiants considèrent le CHM comme un établissement ouvert sur l'extérieur.¹⁶

En 1998, est créée une autre communauté d'établissements qui regroupe le Centre Hospitalier du Pays d'Aix, le Centre Hospitalier Montperrin, et le Centre Hospitalier de Peruis Saint Thomas.

¹⁶ cf résultats des questionnaires, annexe n°3

- Le syndicat interhospitalier et autres collaborations avec l'hôpital général

Le CHM participe également au syndicat interhospitalier avec les hôpitaux d'Aix en Provence et de Pertuis qui gère la blanchisserie, l'imprimerie, et les centres de formation.

Au niveau de la participation à la prise en charge des urgences psychiatriques, un service d'urgences psychiatriques est implanté dans les urgences de l'hôpital général avec une unité d'hospitalisation de 8 lits pour la prise en charge de patients en crise pendant 48 heures. De la même façon une unité d'adolescents va ouvrir en octobre dans les locaux de l'hôpital général mais avec du personnel du CHM. Cette collaboration avec l'hôpital général d'Aix en Provence qui contribue à l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur concoure à l'amélioration de l'image du CHM et donne des possibilités d'évolutions importantes pour les infirmiers.

- La participation à des réseaux

Le CHM s'est investi dans de nombreux réseaux qui fonctionnent bien, et est un établissement dynamique :

- Une équipe psy-vih composée de psychiatres, psychologues et d'infirmiers des secteurs de psychiatrie, basée au Centre Hospitalier général, qui travaille avec le CISIH de l'hôpital, le service d'HAD, le réseau ville-hôpital, les structures associatives.
- La participation au réseau aix-tox associant l'équipe de la Fédération des soins aux toxicomanes du CHM et un certain nombre de généralistes dispersés sur l'ensemble du bassin d'Aix garantit un suivi et une orientation satisfaisante des patients.
- La participation au réseau gérontologique promeut le travail en réseaux avec les maisons de retraite.

Ces collaborations font du CHM un établissement intégré dans le maillage sanitaire et social du département, ouvert sur la cité, qui bénéficie d'une image positive parmi les professionnels de soins.

2.1.4 Une offre de soins diversifiée : des opportunités professionnelles pour les infirmiers

Le secteur reste la référence de la politique de soins de l'établissement pour garantir au mieux la délivrance des prestations requises, à l'ensemble du bassin de population desservi. Mais face aux évolutions des populations à prendre en charge, l'établissement a mis en place des structures intersectorielles et des fédérations qui permettent de mettre

en commun des moyens matériels et humains. L'unité pour psychotiques profondément déficitaires adultes, l'unité de soins et de réadaptation, la fédération accueil, urgence, et psychiatrie de liaison, la fédération sociothérapie et réinsertion, la fédération de soins aux toxicomanes sont autant de structures qui permettent un fonctionnement transversal et collégial. Par ailleurs, l'existence d'une unité d'alcoologie, et d'une unité d'adolescents donne aux infirmiers une grande palette de services et de pratiques professionnelles. Cette diversité de services participe au dynamisme de l'établissement aux yeux des étudiants et des jeunes infirmiers et rend le CHM plus attractif.

Cependant une analyse stratégique de la position du CHM sur le marché de l'emploi infirmier nécessite d'étudier les concurrents potentiels de l'hôpital au niveau du recrutement infirmier.

2.1.5 Les autres acteurs : des concurrents potentiels sur le marché de l'emploi infirmier

L'environnement géographique et la politique de quotas assurent au centre hospitalier Montperrin une position privilégiée. Mais face à une offre limitée, la demande d'infirmiers est très importante et l'hôpital se voit concurrencé par d'autres hôpitaux sur le marché de l'emploi infirmier. En effet, le maillage sanitaire est important dans le département :

- L'assistance Publique des Hôpitaux de Marseille bénéficie d'une réputation et d'un plateau technique qui attirent les jeunes recrues.
- La ville d'Aix en Provence compte deux cliniques psychiatriques privées qui mettent en œuvre une politique de recrutement et de ressources humaines très dynamique. Ainsi la clinique de la Lauranne, a largement développé sa communication dans les IFSI de la région et les salons infirmiers. D'après la directrice des soins, de cette clinique, les infirmiers mettent en avant les conditions de travail moins difficiles que dans le privé. En effet, la population prise en charge dans les cliniques présente des pathologies moins lourdes donc moins violentes que dans le public. Les patients qui viennent dans ces cliniques arrivent des cabinets privés et non des urgences psychiatriques : les patients ont des problèmes sociaux moins marqués que les patients traités dans le public. Par ailleurs, la taille de la structure entraîne une plus grande responsabilisation des infirmiers en poste et un grand attachement à leur structure.
- Le département compte deux autres établissements publics psychiatriques à Marseille. Si L'hôpital Edouard Toulouse semble moins attractif du fait de sa situation

géographique dans les quartiers Nord de Marseille, l'hôpital Valvert bénéficie d'une meilleure position géographique. Le centre hospitalier Montfavet qui compte 1162 lits et places, situé à Avignon réputé pour la qualité de son équipe médicale et pratique une politique de ressources humaines dynamique. De la même façon que le centre hospitalier Montperrin, l'hôpital de Montfavet dispose d'un IFSI dans son enceinte, géré sous forme de Groupement d'intérêt public avec l'hôpital général. De plus, la directrice de l'IFSI, ancienne infirmière psychiatrique est plus sensible à la valorisation de la psychiatrie au cours de la formation. Enfin, le projet social qui a été mis en place tente de rendre l'établissement attractif et de fidéliser le personnel (mesures sociales, suivi de la carrière, formation etc...).

- ❖ Si les sociétés d'intérim peuvent fournir du personnel au centre hospitalier en période de pénurie, elles constituent aussi une concurrence sur le marché de l'emploi infirmier. L'entretien avec la responsable de Quick Medical à Aix en Provence a permis d'analyser les conditions de travail des intérimaires et de comprendre l'attraction des jeunes infirmières pour ce type d'emploi. La directrice de l'Appel Medical explique ainsi que beaucoup de jeunes à la sortie de l'IFSI optent pour l'intérim qui leur permet d'être polyvalents entre les hôpitaux et les services et d'acquérir une expérience avant de se fixer. Des personnes à la retraite choisissent aussi l'intérim pour sa souplesse. En outre, une formation «projet Passerelle » est prévue en accord avec l'Etat et les sociétés d'intérim pour les infirmières qui ont arrêté de travailler depuis plus de cinq ans. Ces professionnels apprécient particulièrement la souplesse et la diversité du travail puisqu'ils acceptent une mission suivant les disponibilités qu'ils ont indiquées au début de leur contrat. Financièrement, si ces professionnels sont soumis au système de cotisation du secteur privé (qui à terme ne sera plus si différent du secteur public), ils bénéficient d'une prime de précarité de 10% et de 10% de congés en plus que la moyenne du public. Ainsi, l'Appel médical délègue entre 50 et 60 personnes par semaine dans les hôpitaux et cliniques, ce qui renforce la concurrence. Cette concurrence est d'autant plus forte que quatre autres structures du même type sont implantées à Marseille (un autre Appel Medical, Quick Medical, TAGA Medical, Intermed Service).
- Le Département des Bouches du Rhône est le département de France qui compte le plus d'IDE installés en libéral (soit 3258 en février 2002). En effet, les infirmières qui peuvent justifier d'une expérience professionnelle de trois ans peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral. Une étude de la CNAMTS datant de 2002 met en évidence que 14,3% des infirmiers exercent en libéral, le reste étant salarié dans les

secteurs publics et privés. En France, la part des infirmiers libéraux est ainsi relativement faible. Les infirmiers libéraux avancent la faible valeur de l'acte comme l'une des causes principales du peu d'attrait pour l'exercice libéral. En outre, cette faible valeur conduit à la multiplication des actes et contribue à la pénibilité de la tâche. Elle a également pour conséquence l'évolution de la pratique professionnelle vers des soins de nursing. Mais le département des Bouches du Rhône fait exception puisque les infirmiers libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. Les départements du Sud de la France ont des densités supérieures à 130 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, tandis que les hauts de Seine et la Seine Saint-Denis sont dotés de moins de 40 infirmiers pour 100 000 habitants. Ce phénomène peut s'expliquer par l'attrait du Sud de la France. Mais il se justifie plus par la proportion plus grande de personnes âgées, consommateurs important de soins infirmiers. Cependant, cette implantation importante dans le Sud conduit à une prédominance des actes de nursing sur les soins techniques, enfermés dans un quota et dont la nomenclature est pénalisante sur le plan financier. Mais certaines infirmières libérales insistent sur l'autonomie et la diversité de leurs activités : « En libéral, on ne travaille pas de la même façon qu'à l'hôpital. A l'hôpital, on est dans une équipe qui a ses habitudes de service et bien sur, une spécialisation comme la réa, la médecine, la chirurgie... En libéral, on touche un peu à tout même si on a beaucoup de nursing, tout ce qui est à côté est plutôt diversifié ». ¹⁷

Département	Nbe d'IDE en libéral
Bouches du Rhône	3 251
Hérault	1 789
Rhône	1 258
Paris	1 049

Source : Syndicat National des Infirmières et infirmiers libéraux. Février 2002.

L'environnement du Centre hospitalier Montperrin est attractif pour les jeunes recrues mais d'autres acteurs du système sanitaire qui rencontrent également des problèmes de pénurie (saisonniers ou plus structurelle) ont mis en place des politiques de recrutement et de fidélisation actives. Face à cette évolution, le CHM depuis quelques années s'est ouvert sur l'extérieur et a également mis en œuvre une politique coopération volontaire.

¹⁷ p.17, in «Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières » Fabienne Midy, juin 2003, <http://www.credes.fr>

2.2. De nombreux facteurs incitatifs dans la politique de ressources humaines menée actuellement

2.2.1 Une politique d'accueil et de communication dynamique

- La communication en interne pour une meilleure intégration du personnel :

Une politique d'accueil du personnel a progressivement été mise en place afin d'améliorer l'intégration plus rapide du personnel nouvellement nommé dans l'établissement. Cette politique définie par la Direction des Ressources Humaines a été en grande partie mise en œuvre par la Direction des Services Economiques responsable de la politique de communication. Elle s'est traduite par trois actions fortes :

- ❖ Un livret d'accueil remis à chaque nouvel agent a été créé : Outre une présentation de l'établissement, ce document comporte des fiches pratiques relatives à la carrière des agents : formation, congés, temps de travail.
 - ❖ L'organisation de journées "Découverte de l'établissement" : proposées par la Direction des Ressources Humaines et relayées par le service communication, les journées "Découverte" permettent aux agents volontaires d'approcher l'hôpital dans sa diversité : unités de soins, services administratifs, techniques et medico-techniques. L'évaluation réalisée à l'issue de ces journées a systématiquement donné lieu à l'expression d'une satisfaction générale. Le rapport d'accréditation souligne également l'intérêt de ces journées.
 - ❖ Un module spécifique de formation sur le statut du personnel et le fonctionnement administratif de l'hôpital a été créé en 1998. Ces formations également très appréciées sont assurées par des cadres infirmiers dans le cadre d'un module national initié par l'ANFH et intitulé Multi Plus.
 - ❖ La création d'un journal interne rédigé par certains membres volontaires du personnel est progressivement devenu un canal de communication dans l'établissement (pavillonnaire) tout en favorisant la convivialité.
- La communication externe : le développement du site internet

Au delà du site internet présentant l'établissement créé en 1999, le 15 mars 2002 le site psy13.com est donc mis en ligne : véritable outil pratique à destination des professionnels

de santé du département, il présente les trois établissements psychiatriques de la communauté ainsi que les partenaires de la psychiatrie publique. Ce site s'inspire de l'initiative de quatre hôpitaux spécialisés du département de Paris qui en 1992 ont lancé le site PSYCOM75 dans le cadre d'un syndicat interhospitalier. Ces expériences permettent une plus grande sensibilisation du grand public au fonctionnement de la psychiatrie et à la représentation de la maladie mentale, et favorisent également la communication à destination des futurs professionnels qui auront à choisir leur premier poste.

2.2.2 Une politique sociale diversifiée

Le CHM développe depuis de nombreuses années une politique sociale favorable au personnel qui permet sans aucun doute de fidéliser le personnel infirmier en poste mais aussi d'attirer de nouvelles recrues.

- Une politique de logement avantageuse :

Si la région d'Aix en Provence est connue pour son cadre de vie, elle l'est aussi pour le prix élevé de ses logements. En plus de son climat, la ville d'Aix doit cet engouement à la diversité de ses emplois et à ses filières universitaires de premier plan qui lui valent d'accueillir quelque 41 000 étudiants. L'attrait a été renforcé par l'arrivée du TGV en 2001. La rançon de ce succès est l'augmentation des prix au m² qui ont bondi de 30 à 40 % en trois ans et par conséquent l'augmentation des loyers (augmentation de 15% cette année à Paris et à Aix en Provence)¹⁸. Avec un salaire de débutant de 1 100 Euros par mois en moyenne, les infirmiers rencontrent de plus en plus de difficultés à se loger. Le CHM a donc mis en place une politique de logement importante : disposant de trois immeubles HLM sous forme de bail emphytéotique, le CHM détient 72 logements qu'il peut distribuer à une partie de son personnel. Les appartements gérés par l'OPHLM sont attribués selon des critères sociaux assez strictes. Mais le CHM possède également des appartements en gestion directe qu'il peut répartir librement entre différentes catégories professionnelles. Actuellement sur 72 logements, 23 logements sont occupés par des infirmiers (soit 31,9 %), le reste étant occupé par du personnel technique ou administratif. Les loyers à plein tarif ou tarifs réduits (en fonction des revenus du foyer), sont largement plus abordables pour des infirmiers.

¹⁸ Site internet FNAIM

- Une crèche adaptée aux besoins du personnel infirmier :

Une crèche qui peut accueillir jusqu'à 60 enfants est installée au CHM. La crèche accueille des enfants extérieurs à l'hôpital, mais les enfants des salariés du CHM sont admis en priorité. Ainsi, aucune liste d'attente ne concerne les enfants des employés de l'établissement. Les horaires d'ouverture de la crèche ont été adaptés aux horaires de travail du personnel soignant puisque la crèche est ouverte de 05h45 à 21h15. L'étude réalisée par "Algo Management"¹⁹ pour le ministère de la santé en 1994, montre que parmi les facteurs pouvant avoir une grande influence dans le choix d'une carrière à l'hôpital public, "les possibilités de garde d'enfants offertes" arrivent en deuxième position (pour 77% des personnes interrogées) après "l'image de pôle de compétences de pointe que représente l'hôpital" (88% des personnes interrogées). Cette possibilité offerte au personnel constitue un atout pour le CHM étant donné les difficultés à trouver des places de crèches qui ont des horaires d'ouverture adaptés à l'emploi hospitalier.

- Un accompagnement pour les mesures de protection sociale :

Le personnel bénéficie non seulement des avantages proposés par le CGOS qui existent dans tous les établissements, mais aussi d'une mutuelle propre à son établissement qui offre de nombreux avantages. Cette mutuelle a été créée en 1975 et la direction du CHM met à sa disposition deux agents payés par l'établissement. Disposant de son propre Conseil d'administration, cette mutuelle décide de ses prestations et de ces cotisations (il faut noter que les couples ne paient qu'une seule cotisation). Comptant 610 à 615 chefs de famille adhérents, cette mutuelle simplifie les démarches des agents qui peuvent effectuer leurs démarches sur place. Cette démarche, rare dans les établissements, répond en outre à une recommandation du "guide méthodologique de l'élaboration d'un projet social" édité par la DHOS : "la protection sociale est un domaine qui mérite d'être reconsidéré et pris en charge à part entière par la Direction des Ressources Humaines. Pour cela, les agents de la DRH doivent s'attacher à acquérir des connaissances pointues dans le domaine particulièrement complexe des dispositions et droits relatifs à la protection sociale des personnels hospitaliers afin de disposer d'une expertise permettant de les guider et les accompagner de manière personnalisée et adaptée". Cette politique sociale qui s'est développée progressivement améliore l'attractivité du CHM et permet de fidéliser le personnel infirmier qui y travaille déjà.

2.2.3 Une RTT bien négociée

La mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, a renforcé la pénurie d'infirmiers dans les services mais a permis aux agents d'organiser leur temps de travail de manière assez libre. Suite au protocole d'accord signé le 27 septembre 2001 par le gouvernement et les quatre organisations représentatives, un nouveau cadre réglementaire d'organisation du travail a été défini. Le 12 décembre 2001 un accord local est signé par les trois syndicats représentatifs (CGT, coordination infirmière, CFDT). Cet accord est relativement souple pour le personnel, mais a créé de nouveaux besoins de personnels infirmiers.

- Une compensation relative de « l'effet 35 heures » :

Le gouvernement s'était engagé à l'époque à financer 45 000 emplois sur trois ans, dont 80% en 2002 et 2003, soit pour le secteur sanitaire 34 600 emplois. A ce titre la région PACA avait obtenu 2 426 postes sur le secteur sanitaire sur trois ans. Les critères de répartition appliqués aux établissements prenaient en compte les effectifs en ETP (50%), le temps effectif travaillé (20%), l'activité (10%, en psychiatrie la population couverte a été prise en compte), la qualité des accords locaux (20%). Ces dispositions ont permis au CHM d'obtenir 42,25 ETP supplémentaires sur trois ans. Les syndicats demandaient le recrutement de deux infirmiers supplémentaires par service intrahospitalier et ont obtenu l'embauche d'un infirmier par service. Par contre, dans les services extrahospitaliers, aucun recrutement n'a pu être effectué et certains services ont été obligés de fermer momentanément. La signature du Contrat d'objectifs et de moyens a permis d'avoir des postes infirmiers (14 ETP) mais les cadres de santé interrogés ne cachent pas les difficultés de fonctionnement (en particulier à certaines périodes de l'année) en cas d'absence puisque qu'aucun pool de remplacement n'a pu être mis en place.

- Une organisation du travail souple :

Une relative liberté a été laissée aux structures pour choisir leur cycle de travail. En intrahospitalier, les possibilités étaient moins importantes (mais des primes ont été octroyées pour le travail le dimanche) ; mais en extrahospitalier, plusieurs cas de figures ont été laissés aux choix des structures. De manière générale, les possibilités de

¹⁹ p.23 in «Rapprocher l'offre et la demande d'emplois infirmiers », Algo Management consultant, Eric

récupération mises en place sont plus favorables que les dispositions prévues par le texte. Les possibilités d'organisation du travail sont particulièrement avantageuses pour le personnel en repos fixe qui bénéficient de plusieurs options :

- un cycle de travail de 36 heures qui donne droit à 4 heures par semaine ou 1 jour par quinzaine ou 2 jours par mois + 6 jours de RTT
- Cycle de 35 heures sur 4 jours avec une journée de 9 heures maximum

Ce type d'organisation concerne les infirmiers en extra-hospitalier alors que les infirmiers en intra-hospitalier (en repos variable) ont des possibilités moins larges. Leur planning (4-2/3-2/3-2) est imposé.

- La prise en compte des effets à venir des 32 heures trente de nuit :

A partir du 1^{er} janvier 2004, les infirmiers de nuit travailleront 32 heures trente au lieu de 35 heures. Ce passage au 32 heures 30 doit être compensé par l'ARH mais l'évaluation des besoins en personnel soignant qui a été réalisée avec le Directeur des soins souligne l'impact au niveau des services de soins. Pour les infirmiers de nuit l'obligation annuelle de service passe de 1 694 heures 30 à 1 416 heures 30. L'application de cette aménagement du temps de travail exigera environ 10 infirmiers supplémentaires donc un surcoût de 409 000 Euros²⁰. Cette mesure nécessitera donc des recrutements importants pour 2004, alors que les départs prévus sont nombreux.

2.2.4 Une politique d'accueil des stagiaires dynamique

Philippe Sudre, dans son ouvrage « Marché de l'emploi et problème infirmier », considérait que l'action sur les instituts de formation et en particulier la qualité de l'encadrement des stagiaires constituaient une première réponse aux difficultés de recrutement.

- Les écoles : un enjeu de grande importance.

- ❖ Le CHM dispose d'un IFSI et d'un IFCS : il s'agit d'une chance, d'un atout, particulièrement dans cette période de pénurie générale. Ces instituts représentent une source naturelle de recrutement, une continuité logique entre lieu de formation et lieu d'exercice professionnel et rendent moins difficile les

L'homme, 1994, 125p.

²⁰ cf annexe n°5

possibilités de formation continue (les aides-soignants sont incités à passer le concours de l'IFSI, les infirmiers sont incités à entrer à l'IFCS).

- ❖ La politique à l'égard de l'IFSI doit être active puisqu'il représente un poids financier important pour le CHM. L'Etat ne participe plus directement aux recettes de leur budget et leur financement a été intégré dans la dotation globale. Le budget des écoles IFSI et IFCS s'élevait en 2002 à 1,2 millions d'Euros et le CHM finançait en 2002 25% de ce budget. Si les clés de répartition des charges entre le CHM et l'hôpital général vont être amenées à évoluer, il s'agit de « rentabiliser un investissement » et d'agir sur les choix professionnels des étudiants en IFSI.
- ❖ Les liens des directeurs des instituts avec l'équipe de direction du CHM sont importants. Cependant, les instituts étant gérés par un Syndicat Interhospitalier, les directrices se sentent partagées entre de nombreux interlocuteurs. Cette difficulté est renforcée par les difficultés entre les deux établissements pour s'entendre sur les modalités de répartition financière des charges des instituts. Il serait donc important qu'une réunion par trimestre puisse être organisée avec les directrices des instituts, les directeurs généraux et les directeurs de soins de chaque établissement afin de faire un bilan sur les grandes décisions concernant la formation des IDE et les projets de chaque établissement afin que les instituts se sentent intégrés aux évolutions hospitalière. Ces structures ne peuvent évoluer sans tenir compte l'une de l'autre, sans adapter leurs politiques (de recrutement et d'accueil pour les hôpitaux, de préparation au monde professionnel pour les instituts) respectives. Il faut cependant noter qu'aujourd'hui trois cadres du CHM, chargés de l'enseignement et de l'organisation, sont détachés à l'IFSI d'Aix en Provence.
- Une politique en direction des étudiants en IFSI
 - ❖ En 2003, sur 60 étudiants sortant de l'IFSI d'Aix en Provence seulement 15 IDE ont choisi la psychiatrie d'après la directrice de l'IFSI. Le Directeur des Soins note lui aussi que peu de stagiaire infirmier reste au CHM. Des mesures doivent donc être prises pour enrayer cette tendance.
 - ❖ L'image du centre hospitalier doit être sans cesse améliorée : si le Directeur des soins et le Directeur Général interviennent chaque année devant les nouvelles promotion pour présenter l'établissement, cette initiative pourrait être approfondie. Lors des premiers jours de formation en première année, les étudiants sont encore

peu préoccupés par leur futur choix. Lors de la première année une présentation de l'établissement pourrait être effectuée grâce aux plaquettes de présentation de l'établissement. Les journées découvertes de l'établissement proposées au personnel pourraient également être ouvertes aux étudiants de l'IFSI sur la base du volontariat. Les inscriptions pour cette journée pourraient être assurées par l'IFSI qui transmettrait la liste au service communication de l'établissement. Par ailleurs, l'intervention du Directeur des soins et du Directeur général pourrait être réitérée chaque année, donnant l'occasion de présenter l'équipe de direction et de rappeler que le CHM peut être un choix pertinent en terme de carrière et de vie professionnelle. Il pourrait être opportun de rappeler que le choix de la psychiatrie n'empêche pas de retourner exercer à l'hôpital général (cf. résultats des entretiens réalisés) et d'évoquer les avantages proposés par l'établissement au niveau de la formation, garde d'enfants etc... Il ne s'agit pas de recruter de manière abrupte, et de leur proposer sur-le-champ un contrat au CHM. L'objectif est simplement celui d'un accueil personnalisé, permettant un contact direct avec l'équipe du CHM et réduisant l'anonymat maintes fois souligné lors des entretiens.

- ❖ Certains infirmiers sont aujourd'hui sollicités pour participer aux cours de l'IFSI ou de l'IFCS. Cette contribution doit être maintenue mais pourrait être renforcée par une plus grande participation des membres de l'équipe de direction à l'enseignement : certains membres pourraient ainsi participer au cours de santé publique. L'ancien Directeur des Ressources humaines participait à l'enseignement mais aujourd'hui cette collaboration s'est arrêtée suite à son départ. Pourtant, cette participation permettait de réduire l'anonymat autour de l'équipe de direction.

- ❖ Ces initiatives doivent être complétées par un effort particulier sur le problème des stages des futurs IDE effectués dans les services du CHM. Les stages effectués par les étudiants tout au long de leur scolarité jouent un rôle essentiel au moment de leur choix professionnel. C'est pendant ces stages qu'elles se forgent une opinion sur la structure d'accueil ; pour P. Sudre « c'est pendant cette période cruciale, que la future professionnelle va porter un jugement souvent définitif, et en tirer toutes les leçons au moment de choisir son secteur d'activité ». ²¹ Chaque IFSI détermine le suivi du stagiaire pendant son stage : les professeurs prospectent dans les établissements pour déterminer les possibilités de stage et les capacités d'encadrement (d'où l'importance de disposer d'infirmiers et de

²¹ in « Marché de l'emploi et problème infirmier » Philippe Sudre, p. 115

cadres qui enseignent dans l'IFSI). Puis les objectifs du stage sont déterminés dans une convention et une rencontre est organisée entre les professeurs et les futurs encadrants. Une feuille d'évaluation est remplie par le référent à la fin du stage. Si de nombreux éléments sont formalisés au niveau de l'IFSI, l'accueil réel et le déroulement des stages le sont moins. Face à ce constat, un groupe de travail a été créé afin d'améliorer l'encadrement des stagiaires. Ce groupe venant d'être créé, aucune conclusion n'a été avancée et aucune proposition n'a été faite. Des propositions pourraient être formulées dans le cadre de ce groupe de réflexion : à l'instar des stages des élèves directeurs, des fiches d'activité pourraient être instituées pour renforcer le dialogue entre le stagiaire et son référent. L'objectif serait d'enrichir le dialogue lors des évaluations qui doivent échelonner le stage. En effet, si le référent apporte son regard sur le stage, l'étudiant doit lui-même faire un bilan des points forts et faibles du déroulement de son stage. Cette évaluation permettrait aux deux acteurs d'améliorer leurs actions au cours d'un stage. Il faudrait également se poser la question du choix du référent dans le service : dans beaucoup de services, ce choix demeure arbitraire et devrait plutôt être basé sur le volontariat. En effet, l'encadrement d'un stagiaire est parfois prenant et cet engagement doit être motivé pour que l'encadrement soit de qualité.

Le CHM a donc fait des efforts pour renforcer l'attrait de son établissement mais n'échappe pourtant pas aux problèmes de pénurie (peu important en comparaison avec d'autres régions). Si jusqu'en 1999, Le CHM ne connaissait aucun problème de recrutement et que l'établissement pouvait même se prévaloir d'avoir des listes d'attente, depuis les difficultés se font sentir.

2.3 Pourtant, le CHM est confronté à des problèmes de recrutement récents

Depuis 1999, le Directeur de soins rencontre de plus en plus de difficultés de recrutement : à la pénurie frictionnelle pendant certaines périodes de l'année (période de congé) s'est ajoutée une pénurie plus structurelle qui a obligé à faire appel à une société d'intérim et à des étudiants d'IFSI faisant fonction d'AS.

Cette pénurie qui s'explique par des éléments démographiques rencontrés dans de nombreux établissements mais aussi à des évolutions propres à l'établissement, engendre des difficultés de fonctionnement dans les services.

2.3.1 Une évolution structurelle des besoins de personnel infirmier dans l'établissement

Depuis la fin des années 90, le CHM a traversé de nombreuses évolutions locales (au-delà des évolutions réglementaires nationales évoquées en lère partie) justifiant une augmentation du personnel infirmier.

- La révision de la carte sanitaire :

Suite à la révision de la carte sanitaire en mai 1998, le canton de Pertuis est rattaché aux secteurs de psychiatrie générale et les cantons de Salon et Miramas pour la pédopsychiatrie. La population couverte par le centre hospitalier a augmenté et l'hôpital est passé de 4 à 6 secteurs adulte et de 1 à 3 secteurs enfant.

- Une explosion démographique :

Le dynamisme géographique du bassin de population couvert a largement augmenté pour atteindre 85 000 habitants en moyenne par secteur alors qu'un secteur de psychiatrie est censé couvrir une population de 70 000 habitants par secteur. En effet, Le Schéma Régional d'Organisation des soins arrêté par le Directeur de l'ARH le 23 juin 1999, prévoyait une augmentation de la population du secteur n°5 (secteur du CHM) de 5,3 % à l'horizon 2004 (par rapport à 1999) pour la psychiatrie générale et de 3,2% pour la psychiatrie infanto-juvénile. La file active qui compte 16 000 patients pour l'ensemble des services de l'établissement a encore augmenté de 4,6% par rapport à 2001 alors que l'augmentation de la file active entre 1990 et 2002 est de 130% (une partie s'explique par le redécoupage de la carte sanitaire). Ainsi le taux d'occupation des lits atteint en moyenne 80 à 90%. De plus les primo-admissions augmentent de manière importante.

- Une augmentation des capacités de l'établissement :

Ces tendances lourdes se sont accompagnées d'une augmentation des capacités en lits et places qui vont encore être amenées à augmenter avec la signature du COM qui agrée de nouveaux projets. Alors qu'en 1996, l'établissement ne comptait que 568 lits et places, ses capacités atteignent en 2001 582 lits et places, suite à la commission exécutive de l'ARH du 24 janvier 2001. De nombreuses structures ont en effet été créées : Un service de soins psychiatriques Ambulatoires aux Détenus (en lien avec la maison d'Arrêt de Luynes et du centre de Détention de Salon), une UPSIR pour mieux prendre en charge les patients au long cours, une unité pour adolescents de 10 lits qui devrait ouvrir prochainement. Si l'ouverture de ces structures a été accompagnée d'une augmentation

de personnel infirmier, ces recrues ont trop souvent servi à couvrir en partie des besoins d'autres services en difficultés.

Face à ses évolutions, la situation démographique de l'établissement apparaît plutôt défavorable.

2.3.2 Une situation démographique défavorable

Les rapports nationaux récents annoncent qu'actuellement 15 000 postes seraient vacants. Cette situation touche particulièrement certaine région comme l'Île de France ou la Picardie alors que la région PACA est plutôt bien placée. Pourtant, le CHM éprouve des difficultés de recrutement : le prix des logements et la spécificité de la psychiatrie n'y sont pas étrangers.

Pour analyser la situation du centre hospitalier, nous nous sommes appuyés sur les données du bilan social de 1999 à 2002 (les données 1998 ne peuvent être comparées du fait du redécoupage des secteurs).

Il faut tout d'abord rappeler que les effectifs soignants et éducatifs²² représente 70% de l'ensemble des effectifs dans un hôpital psychiatrique d'où l'importance du problème posé par la pénurie infirmière.

En 2002, 69,99% des soignants et éducatifs ont plus de 41 ans, donc la moyenne d'âge est élevée et les départs à la retraite à venir nombreux.

Les soignants -éducatifs

	Départs	Arrivées	différence
2002	39	36	-3
2001	27	24	-3
2000	32	36	+4
1999	38	42	+4
1998	26	21	-5

Depuis 2002, le nombre de départs augmente et le nombre d'arrivées ne permet pas de combler les départs, à structures constantes (alors que de nouvelles structures ont été créées). Ce phénomène est peu important mais il semble qu'en 2003, le mouvement

²² Les effectifs infirmiers ne sont pas traités à part mais avec les effectifs éducatifs. Etant donnée la proportion de personnel infirmier, les tendances décelées restent valables.

s'accélère puisque 20 infirmiers et 5 cadres ont déjà annoncé leur départ à la retraite pour 2004 . De plus, les réformes du calcul de la retraite entrepris par le Premier Ministre ont créé un mouvement de "panique" dans les services : la directrice des ressources humaines note que de nombreux agents demandent le calcul de leur pension pour pouvoir partir avant l'entrée en vigueur de la loi.

Une analyse plus fine des départs montre qu'en 1998 seulement 15% des départs étaient des départs à la retraite alors qu'en 2002, 38 % des départs sont des départs à la retraite. Par ailleurs, on note une augmentation des demandes de mutation qui s'explique d'après le Directeur des soins par une plus grande mobilité des infirmiers depuis le diplôme unique.

Cette augmentation des départs d'infirmiers s'accompagne d'un nombre de départs de cadres de santé de plus en plus important puisque 2 départs étaient prévus en 2002, 5 en 2003 et certains cadres (5) ont déjà annoncé leur départ pour 2004 alors que les recrutements deviennent plus difficiles. Ces chiffres, à la hauteur du nombre de cadres dans l'établissement (24) montrent que les difficultés pour les infirmiers se répercutent aussi chez les cadres.

Enfin, on note une féminisation importante des recrutements infirmiers : en 2002, sur 36 arrivées, on compte 29 femmes, en 2001, 22 femmes sur 24 arrivées. Ce phénomène n'est pas nouveau mais renforce le nombre d'absences pour congé maternité, qui sont difficiles à pallier en période de pénurie (étant donné qu'il n'y a pas de pool de remplacement).

Ces données démographiques (sans doute moins catastrophique que dans certains établissements de la région parisienne) posent néanmoins des problèmes de fonctionnement dans les services. De plus, ces données doivent être examinées en tenant compte de la taille de l'établissement qui ne permet pas d'avoir de pool de remplacement et ne laisse qu'une marge de manœuvre très réduite en matière de personnel.

2.3.3 Des problèmes de recrutement préjudiciables au fonctionnement des services

Ces problèmes de recrutement entraînent des problèmes de fonctionnement des services qui se trouvent très vite en difficultés, dès que certaines infirmières sont absentes.

- Le recours à l'intérim :

L'établissement rencontre des difficultés en particulier au moment des congés (congés d'été) qui l'oblige à mettre en œuvre des solutions palliatives. En juillet et août 2002 (mais également en 2003), le CHM a été dans l'obligation de faire appel à une agence d'interim

(5 postes). Cette situation a été mal acceptée par le personnel qui considère que ce recours ponctuel porte atteinte à la qualité des soins puisque la relation à long terme avec les patients est essentielle dans le soin en psychiatrie. Les syndicats ont également fait remarquer en CTE que l'interim peut être une solution si les relations avec la société d'interim sont régulières, qu'un contrat est signé avec cette dernière permettant de toujours faire appel aux mêmes infirmiers.²

- Des transferts de compétences plus difficiles dans les équipes :

Ces nombreux départs à la retraite posent également des problèmes d'équilibre dans les équipes de soins où les jeunes infirmières sont de plus en plus nombreuses. Comme le soulignait un intervenant lors du congrès de l'ADRHESS en octobre 2002²³, le prochain départ massif des infirmiers en psychiatrie pose le problème de la formation sur "le tas" des jeunes infirmiers diplômés d'Etat qui étaient jusqu'à présent assurée par les infirmiers issus du corps unique. Des transferts de tâches et de compétences devront être opérés en psychiatrie, pour assurer, d'une part, la prise en charge de la réinsertion des malades, d'autre part la mise en pratique de certaines compétences techniques pas suffisamment étudiées en formation initiale.

- Des AS faisant fonction mal intégrés :

Pendant certaines périodes difficiles, le Directeur des soins fait appel à des étudiants en IFSI de troisième année pour remplir des fonctions d'aide-soignant et soulager les services. Par ailleurs, des aides-soignants ont été embauchés comme faisant fonction d'IDE dans des moments de pénurie aigüe. Ces AS ont souvent été mal accueillis par le personnel des services qui n'a pas l'habitude d'organiser son travail d'équipe avec des aides-soignants. De plus, l'intégration ponctuelle d'aides-soignants qui n'avait pas été discutée faisait craindre un recours plus systématique aux aides-soignants sans augmentation du personnel infirmier.

- Une gestion des absences difficile :

Ces pénuries de personnels rendent l'organisation du travail plus compliquée en cas d'absence. En effet, les protocoles de mise en chambre d'isolement prévoient que deux

²³ Colloque de l'AdrheSS, « Professions de santé face au choc démographique : et si on parlait métiers ? », Le Kremlin-Bicêtre, 17 et 18 octobre 2002.

infirmiers au minimum doivent être présents. Etant donnée la violence de certains patients, ces mises en chambre d'isolement sont assurées par des hommes. Or, les effectifs actuels (et la surreprésentation des femmes) obligent les services à faire appel à des infirmiers d'autres services. Au- delà de ces cas, de nombreux infirmiers interrogés dans les services mais aussi les syndicats dénoncent les problèmes quotidiens de sécurité du personnel : les infirmiers se retrouvent régulièrement seul à l'étage pour surveiller 10 patients. Cette situation explique l'augmentation du nombre de fugues de patients placés en hospitalisation d'office ou en hospitalisation sur demande d'un tiers mais entraîne aussi une dégradation des conditions de travail.

- Une dégradation des conditions de travail:

La pénurie d'infirmières conduit à une dégradation des conditions de travail qui amplifie l'absentéisme, qui lui-même ne favorise pas l'amélioration des conditions de travail. Dans son ouvrage « Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier » Aline Maurange montre que « le secteur psychiatrique plonge d'emblée le soignant dans un monde à part dominé par des expressions de souffrances psychiques qui conduisent parfois à de la violence »²⁴ . Le manque de personnel met les soignants dans des situations d'insécurité étant donnée la violence de l'institution psychiatrique et augmente le stress du personnel. Ainsi, l'entretien avec le médecin du travail et l'analyse des rapports annuels de la médecine du travail montrent que le personnel infirmier en arrêt maladie augmente. Actuellement, sur la totalité des infirmiers en longue maladie, 1/3 ont des problèmes de dépression, et 1/3 des cancers. Le médecin du travail explique que de nombreux infirmiers viennent la voir pour parler de leurs angoisses psychologiques. Pour elle, l'organisation du travail qui a été perturbée par la mise en place des 35 heures, dégrade également les conditions de travail : des dysfonctionnements ont été engendrés (rupture dans l'approvisionnement de matériel, difficultés à joindre les services médico-techniques ou techniques du fait de la réduction de la période d'ouverture de ces services, mauvaise répartition du travail, passage de relais entre les équipes plus court...

Ces dernières années, l'absentéisme se développe et renforce les dysfonctionnements dans les services. Ainsi, d'après le bilan social, le nombre de journées d'absence augmente régulièrement et atteint en 2002 20 906 journées dont 78% sont dues aux absences des soignants et éducatifs.

²⁴ p. 58 in « Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier », Aline Maurange, publication de la MNH, février 2001, 163p.

Groupe	Journées d'absence
Administratif	2 519,29
Soignant/Educatif	16 342,96
Medico technique	1915,84
Technique	128,73
Total	20 906,82

Si on calcule le nombre de jours d'absence par agent (total journées d'absence/effectif moyen annuel), le groupe soignant éducatif arrive en 2^{ème} position avec 24,46 journées d'absence après le groupe administratif (25,40). Pour le nombre moyen de jours d'absence pour maladie par agent (total journées d'absence pour maladie/effectif moyen annuel), le groupe soignant éducatif atteint 11,92 alors que les administratifs ont une moyenne de 12,81 et les medico-techniques 4,76. Le nombre total de jours d'absence a augmenté en 2002 et le montant des salaires et charges versées pendant les maladies de longue durée et les longues maladies passe de 12 millions de francs en 2001 à 13,6 millions de francs en 2002. On note donc une augmentation des absences : les tableaux réalisés avec le Directeur des soins sur le personnel soignant payés et présents montre que sur 559,7 infirmiers payés seulement 522,75 étaient présents en mai 2003.

Si le CHM rencontre une pénurie moins importante que dans d'autres régions, des problèmes de recrutement se font sentir. Le CHM a déjà mis en œuvre une politique sociale attractive mais des efforts peuvent être encore faits pour fidéliser un personnel infirmier plus mobile qu'auparavant du fait du diplôme unique. Auparavant, les infirmiers étaient très attachés à l'hôpital psychiatrique du fait de la spécificité de leur diplôme, le diplôme unique ouvre aujourd'hui des opportunités de mobilité plus importantes. La politique de ressources humaines de l'établissement doit donc s'adapter aux nouveaux enjeux posés par les problèmes de recrutement. Même si cette crise n'est que ponctuelle puisque les quotas d'IFSI ont été augmentés, cette situation est l'occasion pour l'établissement d'améliorer sa politique de ressources humaines.

III. LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DE LA POLITIQUES DE RESSOURCES HUMAINES AUX ENJEUX ACTUELS

Dans un contexte de pénurie, la politique de ressources humaines doit pouvoir évaluer les besoins réels, prévoir et prendre des mesures correctrices à court, moyen et long terme. Cette situation donne aussi l'opportunité de s'interroger sur le métier d'infirmier en psychiatrie et sur les possibilités d'élargir les équipes de soins aux aides-soignants. Il s'agit de mettre en place une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

3.1 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), un outil fondamental pour analyser les besoins en personnel infirmier.

La GPEC apparaît au milieu des années 80 dans le monde de l'entreprise et se développe dans la sphère publique avec la circulaire Rocard en 1989 relative à la modernisation du service public. Pour B. Donius la GPEC consiste en " la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences
- en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle.

L'objectif du CHM aujourd'hui, est d'assurer un recrutement d'infirmiers suffisant pour faire face à ses besoins actuels, fidéliser le personnel en place et anticiper les évolutions à l'avenir. La première étape consiste donc à faire un état des lieux fiable de l'écart entre les besoins et les ressources afin de mieux piloter sa politique de ressources humaines et d'enrichir le débat sur la pénurie d'infirmières.

3.1.1 Le suivi des ressources et des besoins : des outils précis et une méthodologie claire

- Un suivi actuel sommaire

❖ Le Directeur des Soins assure le suivi du niveau de l'emploi infirmier puisqu'il tient un registre par service des arrivées et des départs au jour le jour et qu'il fait un bilan annuel des départs et arrivées d'IDE sur l'ensemble de l'établissement. Mais ce suivi se fait de manière informelle puisque les tableaux établis sont des documents de travail personnels dont les cadres des services n'ont pas connaissance. D'autre part, ce suivi prend beaucoup de temps au Directeur des Soins qui les réalise en fonction des informations que les cadres lui donnent par téléphone. Il n'existe pas de document partagé avec les cadres qui permette à la Direction des Soins de connaître de manière systématique les départs et les arrivées.

Pour la première fois, le Directeur des soins a réalisé un document permettant de comparer dans les différents services les effectifs cibles, les effectifs payés et les effectifs présents (en fonction de l'absentéisme). Mais ces tableaux réalisés à la main ont pris trop de temps au Directeur des soins qui ne peut effectuer ce travail tous les mois. Pourtant, cette étude n'a de sens que si elle se fait régulièrement. D'autre part, ces tableaux ont donné lieu à une réunion avec les chefs de services mais n'ont pas été discuté ni en commission des soins , ni avec les cadres des services qui n'ont jamais eu connaissance de ces documents.

❖ La projection des besoins à moyens terme est faite mais toujours de manière très informelle. Le Directeur des soins consigne dans des tableaux, les départs à la retraite que les agents lui annoncent. Mais aucune projection plus précise n'est faite : l'analyse de la pyramide des âges du personnel infirmier devrait permettre d'évaluer à plus long terme ce type de départ. Par ailleurs, un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH décrit les structures qui vont être créées et les besoins en personnel infirmier nécessaires pour faire fonctionner ces structures. Une partie des créations de postes infirmiers sera financée dans le cadre du COM, leur création est donc assurée. Une mise en perspective des départs et des arrivées peut donc être réalisée à un horizon de trois ans .

mois	Départs prévus	Recrutement prévus et financés	Besoins en personnel pour de projets nouveaux	Ecart

- La définition en concertation des informations à exploiter :

Les tableaux de bord par service ne peuvent être créés seulement par le Directeur des soins au risque de n'être utilisés que par ses services. Pour assurer une gestion efficace et stratégique du personnel, ces outils doivent être conçus et utilisés par les cadres des services, le Directeur des soins, la direction des ressources humaines, et la direction. La Commission des soins Infirmiers qui reproche souvent de ne pas être assez sollicitée, pourrait proposer des tableaux de bord de suivi des effectifs qui pourraient être remplis sans perte de temps. Puis, ces outils pourraient être enrichis et développés au niveau de la direction. Le choix des informations à recueillir et à mettre en valeur est essentielle pour que ce suivi soit efficace.

- Le développement de l'utilisation de l'outil informatique :

Actuellement, les services de soins ne sont pas informatisés et les plannings sont remplis à la main. Malgré la réticence de certains médecins, le CHM a défini un schéma directeur des systèmes d'information qui devrait aboutir à une informatisation des services et une mise en réseau des terminaux dans l'établissement. Cette informatisation permettra entre autres, de gérer les plannings par informatique. Cette évolution est l'occasion de mettre en réseau des tableaux de bord qui pourront être accessibles au niveau des services de soins, de la direction des soins et de la direction des ressources humaines. La transmission de l'information serait ainsi plus fluide et le suivi des mouvements pourrait se faire en temps réel . L'extraction des données des plannings pourrait se faire de manière automatique d'après l'informaticien en charge du dossier. En attendant cette informatisation, j'ai construit des tableaux sur excel pour que le suivi régulier soit moins consommateur de temps. Ces tableaux vont être mis sur le réseau de la DRH, de la Direction, et de la Direction des soins pour qu'au niveau des services administratifs, la transmission de l'information soit plus facile.

Il faut donc une méthodologie claire et partagée conduisant au recensement, à la mise en forme et à l'exploitation des données concernant les effectifs infirmiers. Mais cette démarche n'est une réussite que si ces outils deviennent de véritables outils de pilotage.

3.1.2 Des outils de pilotage au service d'une stratégie partagée et transparente

- Un langage commun:

Si les outils ont été conçus en concertation, il semble important de rappeler que l'ensemble des acteurs (cadres de santé, chefs de service, syndicats, directions) doivent s'entendre sur les termes employés. Les termes de "poste budgétaire, poste de travail, emploi, agent, effectif théorique, cible, rémunéré, disponible, absentéisme, équivalent temps plein" doivent être clairs pour tous. Ainsi, une définition des termes qui portent à confusion pourra être placée en préalable aux tableaux de bord. La clarté des termes doit également être faite au sein même de la direction pour que le pilotage soit efficace.

- Une politique en lien avec la direction des finances

Cette démarche doit s'inscrire dans la politique de développement du contrôle de gestion: en effet, le recrutement de personnel ne peut se faire que si ces postes peuvent être financés. Un partage d'information avec la direction des finances paraît essentiel pour que cette direction prenne conscience des besoins en personnel infirmier mais que la direction des soins et des ressources humaines puissent évaluer de leur côté les contraintes financières et le coût des recrutements.

- Une politique transparente :

Des réunions régulières pourraient être organisées pour analyser les évolutions en cours et proposer des solutions. Ces réunions doivent concerner les cadres des services qui ont la meilleure analyse du terrain et peuvent donner des explications à des évolutions tendancielle (départs, changements de services etc). Les chiffres sur l'évolution des effectifs dans les services doivent être partagés afin de responsabiliser l'ensemble des équipes en cas de véritable pénurie dans certains services. La confrontation avec les chiffres limiterait également les discours sur la pénurie qui relève plus du "ressenti" que de la réalité.

- Un accord définitif sur les effectifs cibles :

La mise en place des 35 heures a été l'occasion de remettre à plat les effectifs cibles (c'est à dire l'effectif devant être affecté pour assurer le fonctionnement normal du service) des services de soins en intrahospitalier : c'est à dire un cadre de santé, 14 infirmiers, 3,5 agents des services hospitaliers, et 4,5 infirmiers pour la nuit (en ETP). Pour les structures extrahospitalières, les effectifs fluctuent suivant la taille de la structure. Mais les effectifs cibles sont contestés, ce qui ne permet pas un débat constructif sur les problèmes de pénurie. Par ailleurs, dans les services intrahospitaliers, l'idée d'une répartition égalitaire des effectifs entre les services est remise en cause par certains

cadres et chefs de services qui considèrent que si le nombre de lits est équivalent, l'activité oscille de manière importante et la gravité des pathologies des patients pris en charge varie. Une redéfinition des effectifs cibles est donc demandée par certains services. Si la direction ne prend pas position aucun débat sur les besoins ne peut avoir lieu de manière sereine.

L'analyse quantitative des besoins est un élément essentiel de la GPEC, mais cette dernière ne peut être efficace que si elle est accompagnée d'une vision qualitative de la GPEC reposant sur des valeurs communes à l'établissement.

3.2 L'approche collective de la GPEC : le projet social comme outil de fidélisation du personnel infirmier

La GPEC ne peut réussir que si une volonté politique est inscrite dans la durée avec des orientations stables reposant sur des valeurs communes. Le projet social constitue donc un support de cette gestion prévisionnelle plus qualitative (qui concerne plus la dimension métiers, leur évolution, mais aussi les conditions dans lesquelles les personnes les exercent). Le projet social concerne l'ensemble du personnel de l'établissement, mais peut contenir des mesures qui s'adresse au personnel infirmier de manière collective et individualisée.

3.2.1 Les objectifs du premier projet social de l'établissement

- Le rôle du projet social dans un établissement :

Le protocole " Aubry" du 14 mars 2000 a mis l'accent sur le rôle central des personnels et de leur encadrement dans la modernisation du service public hospitalier qui désormais " repose sur un projet social cohérent, établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne". Ce projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Il est élaboré dans la concertation avec l'ensemble des personnels et négocié avec les partenaires sociaux. Il permet à chaque établissement de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs communs dans une culture d'établissement partagée. Le projet social, dont le caractère obligatoire est affirmé dans le projet de loi de modernisation sociale, définit les objectifs généraux de l'établissement en matière de politique sociale ainsi que les mesures permettant leur réalisation : il traite donc du recrutement, de la santé au travail, de la gestion prévisionnelle des emplois, des

compétences, de la formation, de la protection sociale, du développement des potentialités.

Le “guide méthodologique pour l’élaboration du projet social” réalisé par la DHOS considère que les principes et valeurs annoncés dans le projet social attestent de la qualité de la gestion des ressources humaines. Elles doivent reposer sur la considération des personnels, la valorisation des métiers, le dialogue et l’écoute, le décloisonnement, la clarification des rôles, le respect mutuel, l’équité

Au CHM, le projet d’établissement touche à sa fin (fin 2004), un nouveau projet social doit être élaboré : un des fils conducteurs de cette réflexion pourrait être le moyen de fidéliser le personnel infirmier et d’améliorer l’attractivité de l’établissement.

- Les objectifs du dernier projet social n’ont été que partiellement atteints :

Trois axes caractérisaient ce projet social :

- une politique sociale diversifiée
- une politique de gestion des ressources humaines caractérisée par la responsabilisation des acteurs et la recherche de la qualité
- une politique de formation prenant en compte les priorités de l’établissement et les projets des agents.

De nombreuses mesures, qui participaient à la fidélisation du personnel dans son ensemble et du personnel infirmier plus particulièrement, ont été mises en œuvre : la mise en place d’une véritable politique d’accueil, le maintien de prestations diverses aux agents (crèche, mutuelle), le développement d’une politique promotionnelle permettant la mobilité. Mais certains objectifs comme la mise en place d’instruments de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin de faciliter le débat institutionnel, la création d’un fichier de postes, la clarification de la publication des postes en interne n’ont pas été réalisés.

Dans le contexte actuel, certaines pistes de réflexions en lien avec les difficultés de recrutement du personnel infirmier peuvent donc être lancées pour l’élaboration du prochain projet social.

3.2.2 L’approche collective du projet social :

L’approche collective de la GPEC qui permet de maîtriser les évolutions de l’emploi à moyen terme, mais aussi d’améliorer les conditions de travail, peut concourir à renforcer l’attractivité de l’établissement et à fidéliser le personnel infirmier en place. Des propositions peuvent donc être faites dans cet esprit.

- La qualité et l'amélioration des conditions de travail :

- ❖ L'amélioration de la gestion des situations de violence

Le "guide méthodologique pour l'élaboration, la négociation et le suivi du projet social" souligne que l'amélioration des conditions de travail "constitue une composante essentielle du projet social". En psychiatrie, la violence dans les services peut rendre les conditions de travail des infirmiers difficiles et décourager beaucoup de jeunes infirmiers. Les cadres de santé interrogés notent que beaucoup de départs de jeunes infirmiers sont dus aux difficultés d'adaptation à la violence du monde psychiatrique. L'analyse des accidents du travail dans le rapport annuel de la médecine du travail, indique que la majorité des accidents du travail concernant les infirmiers sont dus aux malades agités. En 2002, 20% des accidents du travail ont pour origine les pathologies liées aux malades agités. Cette proportion est stable depuis plusieurs années et concerne presque exclusivement les personnels soignants (parfois du personnel administratif à la banque des malades). La comparaison de la répartition des accidents du travail entre l'hôpital Montperrin et les données nationales des établissements de santé montre la surreprésentation des accidents liés aux malades agités.

	Etablissements pu. de santé	Montperrin 2000	Montperrin 2001	Montperrin 2002
AT suite à un contact avec un malade agité	9%	19,2%	14,8%	20%

Les causes des accidents dus aux malades agités sont multiples :

- Le problème du manque de respect des protocoles est souvent avancé : ce phénomène s'explique d'après les infirmiers par l'augmentation du taux d'occupation des chambres d'isolement, l'augmentation de la durée des séjours, la diminution des traitements
- L'augmentation du nombre de déplacements des infirmiers à l'extérieur des pavillons est mise en avant : déplacement à la pharmacie, accompagnement des malades, intervention dans un autre pavillon etc... ce qui entraîne une diminution du nombre d'infirmiers dans les pavillons.
- L'évolution de la société est soulignée : l'augmentation des problèmes sociaux, malades plus difficiles, agression verbale et physique.
- La diminution du nombre d'infirmiers dans les équipes est relevée.

- La diminution de la formation des infirmiers en psychiatrie par les IFSI et la difficulté du passage de savoir par les anciens (manque de temps, départ à la retraite en masse des infirmiers de secteur psychiatrique).
- L'augmentation du nombre de médecins assistants généralistes à la place des psychiatres est enfin constatée.

Le sentiment d'insécurité et l'insécurité réelle dans les services de soins psychiatriques sont sans aucun doute des éléments explicatifs de la moindre attractivité des établissements psychiatriques. Les résultats des entretiens avec les étudiants en IFSI montrent que la violence est associée à l'image des services de psychiatrie. De plus, la fréquence grandissante des actes violents engendre un stress et une angoisse au niveau du personnel qui est arrêté ou préfère chercher un poste dans un hôpital général.

Des mesures de prévention ont déjà été prises :

- Les mises en chambre d'isolement sont des moments propices aux accidents et sont dangereuses pour les équipes soignantes. Un groupe de travail s'est donc réuni en collaboration avec des soignants d'autres établissements (dans le cadre de la communauté d'établissements) pour définir un protocole de mise en chambre d'isolement. Il prévoit un nombre d'infirmiers minimum mais décrit aussi les démarches à suivre pour limiter l'agressivité des patients et se protéger en cas de problèmes. Ces protocoles ont permis de rassurer le personnel infirmier. Néanmoins, de nombreuses équipes notent que les protocoles ne peuvent pas être respectés faute de personnel.
- Des BIP de sécurité ont été distribués pour le personnel de nuit
- Des formations obligatoires de « gestion de l'agressivité des malades » ont été inscrites au plan de formation. Cette formation de 4 jours vise à mieux comprendre et à mieux gérer le phénomène de violence par une approche des concepts d'agressivité, de violence verbale, physique, par une gestion des situations critiques, une gestion émotionnelle de soi en situation professionnelle. Elle tente également d'apprendre aux participants à évaluer les situations potentiellement dangereuses, à se protéger mais aussi à protéger les tiers.
- Depuis le 1^{er} janvier 1999, sur la demande du CHSCT, des fiches d'incidents ont été mises en place. Elles permettent au personnel de signaler des situations dangereuses ou de déclarer des incidents sans conséquences graves à ce jour. Ce système permet d'assurer une prévention des accidents : en 2002 174 fiches d'incidents ont été remises au Directeur des soins, au médecin du travail et au CHSCT qui peut adapter sa politique en conséquence. En 1997, une fiche d'incident et d'accident spécifique aux malades agités a été créée. Cette fiche

devra être actualisée puisque la loi oblige à mettre en place une fiche pour tous les types d'incidents.

Ces mesures ont sans aucun doute rassuré le personnel infirmier mais les jeunes recrues restent mal préparées pour gérer ce type de phénomène. Le médecin du travail propose depuis plusieurs années l'organisation d'un groupe de parole sur ce sujet avec un intervenant extérieur (un psychologue) pour permettre d'évacuer les tensions. Après un accident du travail du à un malade agité un entretien avec un psychologue pourrait être proposé systématiquement. En effet, les cadres soulignent l'épuisement de certains cadres face à la tension qui règne dans certains services mais aussi les difficultés à reprendre le travail en psychiatrie après un accident.

Si la mixité des équipes de soins est peu importante dans une équipe classique, elle peut devenir essentielle en psychiatrie. Un homme soignant rassure une équipe féminine et peut intervenir plus facilement en cas d'agression physique ou de mise en chambre d'isolement difficile. La mixité signifie également un mélange d'infirmiers expérimentés et d'infirmiers novices : les anciens rassurent, les plus jeunes dynamisent les équipes et apportent un regard neuf. Cependant, le Directeur des soins note que la nécessité d'une présence masculine dans les équipes n'est pas facile à assurer du fait de la forte féminisation du corps des infirmiers. De plus, les hommes soignants étant fréquemment sollicités pour les mises en chambre d'isolement ou les situation de violence, s'épuisent plus rapidement et cherchent à partir de la psychiatrie.

❖ L'amélioration de l'accueil des infirmiers venant d'être recrutés :

- Des efforts ont déjà été réalisés puisque des journées découvertes ont été organisées pour mieux se repérer dans l'établissement et connaître l'ensemble des services de l'établissement. Mais cet accueil ne permet pas forcément une intégration dans le service de soins.

A l'instar de ce qui est proposé à l'Hôpital psychiatrique Montfavet, un tutorat individuel pourrait être instauré pour encadrer pendant les premiers mois les jeunes infirmiers. Ce tutorat permettrait un meilleur transfert des connaissances et pourrait limiter les départs précoces des jeunes infirmiers qui ont eu du mal à s'adapter. Ce suivi personnalisé doit permettre d'accompagner progressivement l'infirmière dans sa prise de fonction et d'atténuer le stress du à cette période en particulier chez les jeunes infirmières (dont c'est le premier poste). Si l'unité de soins est informée quelques jours avant l'arrivée de la nouvelle infirmière, une infirmière pourrait être chargée de son encadrement si elle est motivée pour le

faire. Les premiers jours, la nouvelle venue pourrait être « doublée », à la fin de cette période, une évaluation pourrait être organisée afin de faire le bilan sur les interrogations et les problèmes rencontrés lors de la prise de fonctions. Cet encadrement est souvent réalisé dans les faits mais de façon implicite. La désignation d'une infirmière « tuteur » clarifierait la situation pour la nouvelle venue et permettrait de faire le bilan des compétences qui lui manque et évaluer le besoin d'une formation complémentaire en psychiatrie.

- Les cadres de santé et les infirmières interrogés dans les services soulignent le manque de formation des jeunes IDE dans le domaine de la psychiatrie. Le dernier projet social mentionnait déjà la nécessité de mettre en place une formation en santé mentale pour les IDE. Le projet social de Montfavet (hôpital psychiatrique d'Avignon) prévoit ainsi de mettre en place une formation de spécialisation en psychiatrie (module de 500 heures) pour permettre une mise à niveau des jeunes IDE.

- L'approfondissement des mesures sociales sans tomber dans le dumping social :

Les mesures sociales renforcent l'attractivité de l'établissement mais ne doivent aboutir ni à un dumping social entre établissements, ni à l'application de mesures inacceptables au regard de la légalité, de l'équité et de l'éthique professionnelle. Lors du colloque de l'Adress certains DRH ont souligné la surenchère pratiquée par certains CHU qui ne respectent pas la réglementation du statut de la fonction publique « A la sortie de l'IFSI, un CHU propose ainsi aux infirmières un recrutement direct au 6^{ème} échelon, un logement, une prime d'installation de 1500 euros, et un engagement de 5 ans. Cette politique est non seulement suicidaire pour tous les établissements qui se verront contraints de surenchérir, mais elle est surtout indécente du point de vue de l'ensemble de la fonction publique. ». Sans tomber dans ce type de politique abusive, certaines mesures sociales déjà appliquées peuvent être développées :

- Si le CHM dispose d'une crèche, des conventions avec des crèches plus éloignées proches des structures extrahospitalières pourraient être passées. Ces contrats avec un financement peuvent permettre d'obtenir les mêmes prix que ceux de la crèche de Montperrin.
- 23 logements sont actuellement occupés par des infirmiers. Cette politique de logement pourrait être étendue grâce à de nouvelles conventions avec l'OPHLM. Si cette solution demande des démarches parfois longues, le pavillon social

pourrait proposer une aide pour la recherche de logement avec les sites Internet, les numéros d'agences, les journaux, mais aussi les annonces directes dans ce domaine. Ces missions pourraient être assurées par la personne en charge des œuvres sociales qui est payée par l'établissement. Cette aide pourrait être offerte lors du premier entretien de recrutement des infirmiers afin de les rassurer. Des logements provisoires pourraient également être proposés si les nouveaux agents n'ont toujours pas trouvé de logement au moment de leur prise de poste. Il faut cependant bien prendre conscience qu'une fois que l'établissement s'est lancé dans une politique de logements importante, il peut difficilement revenir en arrière quelques années plus tard. Par ailleurs, la politique de logement doit restée équitable : si plus de logements sont accordés aux infirmiers puisqu'ils sont plus nombreux dans l'établissement, les autres catégories professionnelles ne doivent pas être discriminées. Les règles d'affectation de logements doivent être éclaircies pour l'ensemble des personnels.

- Le travail sur les profils de postes et les compétences des infirmiers en psychiatrie:

Comme nous l'avons dans la première partie, le métier d'infirmier psychiatrique est d'autant plus flou que les pratiques sont diverses. De plus, les compétences professionnelles à mettre en œuvre dans un service intrahospitalier, extrahospitalier, un service d'alcoologie, de toxicomanie, de pédopsychiatrie, d'adolescents, auprès des malades atteints du VIH peuvent être très différentes. Les emplois types de l'hôpital identifie l'infirmier psychiatrique comme un métier type, mais il pourrait être intéressant de détailler les missions propres à chaque secteur d'intervention des infirmiers psychiatriques. En effet, la psychiatrie est souvent perçue comme très monotone par rapport à la diversité des services des hôpitaux généraux. Pourtant, de nombreux infirmiers effectuent la totalité de leur carrière en psychiatrie en changeant de service donc d'approche par rapport aux patients. Un groupe de travail pourrait être créée au sein de la Commission de soins infirmiers afin de faire des fiches de présentation des différentes activités exécutées en psychiatrie suivant les services. Cette présentation pourrait être reprise par le Directeur des soins lors de la présentation de l'établissement à l'IFSI. Cette initiative pourrait également s'inscrire dans une démarche plus globale de profils de postes sur l'ensemble de l'établissement, qui avait déjà été proposée lors du dernier projet social mais qui n'a jamais été mise en œuvre . Enfin, ce travail permettrait aux infirmiers travaillant en psychiatrie de valoriser leur métier mais aussi de le positionner par rapport à d'autres métiers (en particulier celui d'aide-soignant en psychiatrie; débat de la dernière partie, mais aussi par rapport aux médecins). Lors de l'accréditation en 2001, les experts-visiteurs ont signalé l'absence de fiches de fonctions

et de profils de poste pour l'ensemble des emplois proposés par l'établissement et en particulier dans les services de soins.

De nombreuses mesures collectives qui concourent au renforcement de l'attractivité du CHM pour les infirmiers et à la fidélisation du personnel infirmier, peuvent être proposées dans le projet social. Mais la GPEC ne se réduit pas à cette dimension collective et exige une approche personnalisée des ressources humaines.

3.2.3 Vers une gestion individualisée des personnels et de leur carrière

La dimension individuelle de la GPEC vise à mieux prendre en compte les aspirations individuelles et les aptitudes personnelles pour éviter à chaque salarié de se trouver dans une position professionnelle dépassée et pour permettre à chaque salarié de positionner un projet professionnel réaliste. Cette approche doit permettre de suivre l'évolution professionnelle de chaque infirmier de son recrutement jusqu'à sa retraite afin de renforcer la fidélisation du personnel.

- Dès le "pré-recrutement" : une approche plus offensive...

B. Donius parle même d'un comportement "marketing" dès le prérecrutement. Au CHM la mise en place d'une cellule de communication a permis d'améliorer la communication en externe en particulier auprès des étudiants en IFSI. Néanmoins, de nouvelles initiatives peuvent être prises :

- ❖ Le développement de la communication valorisant l'hôpital :

L'Union Hospitalière de la Région Ile de France propose ainsi de mener une politique institutionnelle à l'égard des lycéens pour leur présenter la diversité des métiers de la santé et les filières à suivre pour y accéder. Le CHM pourrait renforcer ses liens avec l'Education Nationale afin de faciliter l'accès des élèves du secondaire aux informations sur la formation et la profession infirmière. Cette action générale pourrait être complétée par des mesures spécifiques destinées aux élèves de la filière Social et Médico-social (SMS) . Des rencontres régulières entre les formateurs des IFSI et les enseignants de la filière SMS pourraient être mises en place pour mieux préparer les élèves aux concours des élèves d'infirmières et présenter le métier d'infirmier.

- ❖ Le développement des allocations d'études :

De nombreux établissements mettent en place des formules de prérecrutement afin de fidéliser une partie des étudiants de 2^{ème} ou 3^{ème} année. Il s'agit d'une allocation d'études dont le montant varie entre 200 et 400 euros par mois selon l'année d'études. Le CHM s'est inscrit dans cette démarche puisqu'il propose aujourd'hui cinq allocations d'études alors que l'établissement psychiatrique d'Avignon en propose 15. 'étudiant est payé

pendant un an et s'engage à rester dans l'établissement pendant 15 mois au moment de la titularisation. Ce dispositif représente le coût d'un poste sur 15 mois pour un stagiaire donc il ne peut être étendu. Néanmoins, peu de personnes se sont présentées et on compte aujourd'hui seulement 2 allocataires. Cette possibilité offerte à des étudiants qui rencontrent des difficultés financières pourraient être valorisée lors de la présentation de l'établissement à l'IFSI et rappelée au début de la deuxième et troisième année. En effet, le financement d'études longues (3 années auxquelles s'ajoute de plus en plus souvent une année préparatoire) et prenantes (l'étudiant peut difficilement prendre un emploi à temps partiel) est cause de difficultés sociales pour nombre d'étudiants. Il faut noter que l'ambiguïté de la formule "engagement de servir" devrait être clarifiée au niveau juridique pour avoir une base juridique plus stable.

- ❖ La participation au salon infirmier et aux salons étudiants de la région : à l'instar du centre hospitalier de Montfavet, une présence aux salons infirmiers de Lyon paraît pertinente. Sur un marché de l'emploi tendu, la concurrence est forte et chaque établissement doit mettre en valeur ses avantages. Cette possibilité pourrait s'étendre aux salons étudiants de la région (en particulier à Marseille) afin de mieux faire connaître le métier d'infirmier en psychiatrie aux lycéens et les études pour y parvenir.
- ... accompagnée d'un recrutement plus dynamique

La démarche de recrutement du centre hospitalier a été formalisée et se déroule de la manière suivante :

- ❖ 1^{ère} phase :
 - Arrivée de la lettre de candidature
 - Enregistrement du courrier arrivé
 - Transmission à la DRH
 - S'il s'agit d'un poste d'infirmier : transmission au DSSI
 - Examen de la demande par Le Directeur des soins
- ❖ 2^{ème} phase:
 - Demande de précisions si le CV est incomplet etc..
 - S'il s'agit d'un nouveau diplômé : un rendez-vous est fixé et le carnet de stages et autres documents lui est demandé
 - S'il s'agit d'une mutation : une fiche de renseignement est à faire compléter par l'établissement d'origine, ainsi que les dernières notations
- ❖ 3^{ème} phase :
 - Convocation des candidats à une commission de sélection par courrier

- Commission de sélection toute la journée : avec le matin, présentation de l'établissement et entretien individuel avec le Directeur des soins
L'après-midi, jury avec le Directeur des ressources humaines, le Directeur des soins, et un Cadre de santé ou un Cadre supérieur.

❖ 5^{ème} phase :

- La décision est indiquée au candidat dans la semaine qui suit la commission
- Le recrutement (selon la période) a lieu dans l'immédiat ou quelques mois après la commission.

La procédure de recrutement est bien formalisée mais la phase en amont manque de clarté et de détermination :

- ❖ Un travail sur le contenu et la publication des annonces pourrait être entrepris. Le CHM remplit les obligations de publication mais pourraient élargir ses lieux de publications à un nombre plus important de journaux spécialisés et transmettre les annonces non seulement à l'IFSI d'Aix en Provence mais aussi à ceux de la région. Par ailleurs, la nouvelle génération recherche de plus en plus d'informations par Internet : les annonces pourraient être mises en ligne sur le site Internet de Montperrin, sur le site psy13.com mais également sur les sites des IFSI pour ceux qui en ont un. Sur le fond, les annonces devraient mettre plus l'accent sur les avantages proposés par l'établissement (possibilité de logements, crèches, mutuelle du personnel).

- ❖ Le directeur a noté que de nombreuses personnes déposent leur candidature mais ne viennent pas :

Depuis le début de l'année 2003 :

	1 ^{ère} commission	2 ^{ème} commission
Inscrits	14	6
Venus à l'entretien	7	2
Ont choisi l'établissement	2	2

A ces défections s'ajoutent les infirmiers recrutés qui se désistent au dernier moment.

Si l'établissement est présenté lors de l'entretien, des efforts doivent être faits pour améliorer le 1^{er} contact avec les candidats et leur donner envie de rester dans l'établissement. Les petites fiches techniques ou un dossier d'accueil du personnel pourraient leur être remis dès cette phase pour qu'il puisse réfléchir à leur choix d'affectation avec tous les éléments de réflexions nécessaires (ensemble des

services, politique sociale de l'établissement, politique de mobilité entre les services etc...)

D'autre part, afin de mieux ajuster la politique de l'établissement, un coup de téléphone pourrait leur être passé pour connaître les raisons de leur défection. Si un registre de ces raisons est tenu, la politique de communication et de recrutement pourrait être adaptée en fonction des réponses qui reviennent le plus souvent.

- ❖ Un problème plus global de calendrier de sortie des IFSI doit être également abordé : actuellement la majorité des IFSI préparent la sortie de leur promotion en novembre ou décembre. Il serait plus pertinent de plaider pour un retour à une sortie de promotion en juin et en décembre pour limiter les grandes difficultés rencontrées de l'été à la fin de l'année.
- ...d'une politique d'intégration des nouveaux infirmiers favorable : le maintien des efforts en matière de mise en stage et de titularisation

L'analyse du bilan social montre que des efforts ont été réalisés pour raccourcir les délais pour la mise en stage et la titularisation. Pour le personnel infirmier, les agents sont contractuels pendant deux mois puis restent stagiaires pendant un an. D'après les bilans sociaux, si en 1999 le total de nombre de jours écoulés depuis l'embauche jusqu'à la mise en stage était de 10 564 jours pour l'ensemble des personnels de l'établissement, en 2002 cette période ne s'élève plus qu'à 8 823 jours.

- ... et d'un suivi personnalisé des compétences et de la carrière des agents:

- ❖ Une politique de transparence a déjà été développée :

Le projet de gestion des ressources humaines du projet d'établissement 2000-2004, se donnait pour objectif de mettre fin à l'opacité qui avait pu résider à la prise de certaines décisions. La philosophie en la matière recommande de définir des règles de manière rigoureuse après une large concertation, de les diffuser et de les mettre systématiquement en application.

- Cette politique de transparence s'est manifestée à travers la politique de notation : un effort particulier a été réalisé au niveau des entretiens annuels d'évaluation. Une baisse de 9% a été réalisée chez tous les agents afin de resserrer la

hiérarchie des notes et de supprimer certaines notes objectivement excessives. Deux procédures ont été organisées en 1994 et 1995 pour corriger certaines situations particulières concernant soit les agents recrutés depuis 1988 avec une expérience professionnelle préalable non prise en compte dans les premières notes attribuées au CH Montperrin, soit les agents qui à l'occasion d'un changement de grade sans changement de fonction ont vu leur note réduite d'un point sans qu'un rattrapage l'année suivante n'ait été réalisé. Une péréquation des notes pour les agents arrivant en mutation d'un établissement hospitalier ou recrutés du secteur libéral ou privé a été effectuée. Enfin, le Directeur des soins a réalisé une péréquation des notes attribuées au personnel infirmier. Des tableaux comparatifs ont été faits pour comparer les évolutions de notation entre secteur, grade, catégorie pour éviter à l'avenir de favoriser ou léser tel ou tel service ou corps de métier.

- Cette politique de transparence s'est aussi concrétisée à travers les critères de mutation en matière d'avancement de grade sans changement de fonction. Le dispositif arrêté par la direction après négociation avec les partenaires sociaux a permis de substituer une grille multicritères au seul critère (la note en l'occurrence) retenu jusqu'alors.

Mais ces efforts visant à améliorer l'équité entre les agents ne s'est pas toujours traduite sur le terrain (en particulier l'importance de la note pour l'avancement).

- ❖ Un suivi plus individuel du personnel infirmier pourrait être mis en place :

Une politique de gestion des emplois et des compétences efficace doit se traduire par un suivi réel de la carrière des agents. En période de pénurie d'infirmières, cet aspect de la politique de ressources humaines doit être privilégié pour fidéliser les infirmiers en poste.

Le système de notation actuel se traduit par un entretien sous la responsabilité du cadre concerné. Puis une rencontre est organisée entre le Directeur des soins, le Directeur des Ressources Humaines, et le Cadre de santé pour analyser rapidement les caractéristiques de la notation du service, traiter la note et les appréciations littérales de chaque agent, évoquer le fonctionnement général du service. Cette procédure permet à la direction de mieux connaître les problèmes des services mais ne permet pas de réaliser une véritable évaluation. Un groupe de travail pourrait créer un guide de l'entretien d'évaluation des infirmiers permettant chaque année de déterminer des objectifs pour l'année suivante, les

compétences à améliorer ou acquérir, les formations adéquates et les projets de l'infirmier en matière de carrière. Ce temps d'évaluation consisterait plus à un bilan de compétences qu'à une simple procédure de notation.

- ❖ Une politique de mobilité interne plus claire pourrait être envisagée :

D'une manière générale, la volonté de faciliter la mobilité interne des agents est affichée par les ressources humaines : au niveau de l'ancienneté moyenne dans l'affectation en années, le groupe des soignants éducatifs présente la moyenne la plus basse.

Ancienneté moyenne dans l'affectation en années (bilan social 2002)

Groupe	
Administratif	4,64
Soignant/éducatif	3,73
Médico-technique	5,99
Technique	4,54

Si on s'intéresse au nombre d'agents ayant changé d'affectation au cours de l'année, le groupe des soignants éducatifs représente 77% des changements d'affectation. Il est vrai que ce groupe est le plus important dans l'établissement mais il n'en demeure pas moins que leur mobilité est plus importante que les autres groupes.

Récapitulatif de la mobilité des infirmiers entre les structures de soin du CHM.

Nombre de postes offerts en 2002 : 48 (34 en 2001)

Origine des candidats

Intra hospitalier	Extra hospitalier	Total
76 (42 en 2001)	31 (29 en 2001)	107 (71 en 2001)

Candidatures retenues

Intrahospitalier	Extra hospitalier	Total
38 (14 en 2001)	11 (12 en 2001)	49 (26 en 2001)

On note que beaucoup d'infirmiers en intra hospitalier demandent à changer de service et d'après le Directeur des Soins, en particulier vers l'extra hospitalier. Inversement, seulement 11 candidatures ont été retenues en extra hospitalier alors que 38 ont été retenues en intra hospitalier.

La situation est assez compliquée pour les infirmiers qui sont plus attirés par les services extrahospitaliers moins contraignants que les services d'intrahospitalier. La direction des soins a décidé de mettre en place un système de

contractualisation : des contrats de 3 ans renouvelables 2 fois sont signés, l'infirmier s'engageant à ce que son poste soit publié en interne si un infirmier d'intahospitalier est intéressé.

La politique de publication de postes en interne n'est pas toujours mise en œuvre au niveau du service infirmier. De plus l'absence d'un fichier de postes (définissant les caractéristiques de chaque poste de travail) ne facilite pas les souhaits de mobilité des infirmiers et des agents en général, ainsi que leur gestion.

- ...grâce à un plan de formation en cohérence avec les besoins :
 - ❖ La politique de formation constitue une composante essentielle du projet social et du volet social du contrat d'objectifs et de moyens. Le plan de formation permet d'une part, d'améliorer l'adéquation entre les besoins et les ressources humaines de l'hôpital, d'autre part de mieux valoriser les agents de l'hôpital. La formation est une nécessité partagée au carrefour des intérêts individuels et collectifs. Le guide méthodologique du projet social du ministère considère que "la politique globale, de formation conjugue, au travers d'un dialogue social, les différents projets de individus , des services et de l'institution et les articule entre eux."
 - Les infirmiers ont toute leur place dans les plans de formation. Leur construction à la fois par l'agent et l'institution, dans le cadre de parcours qualifiant lisibles pour tous, garantit leur réalisation. Différents moyens peuvent faciliter la réussite des agents tout au long de leur parcours : le conseil en orientation, le tutorat, la mobilité, le bilan de compétences, les études promotionnelles, les préparations au concours d'entrée dans les écoles.
 - La concertation dans le processus de élaboration des plans de formation est un gage de réussite. Le rôle du personnel d'encadrement (les cadres de santé pour les infirmiers) est essentiel dans la détection et la promotion des potentialités des personnes et de leurs équipes. Pour accompagner les projets hospitaliers, les cadres des services ont à formaliser à partir d'une réflexion collective le projet de formation de leur service. Le cadre, doit également prévoir avec la Direction des Ressources Humaines, une politique de gestion des remplacements pour ne pas compromettre les départs en formation. Le rôle des cadres de santé est ainsi valorisé.
 - L'évaluation des résultats de la formation doit être faite à partir d'indicateurs déclinés en fonctions d'objectifs définis dans le cahier des charges.

❖ Quelle politique de formation à Montperrin pour fidéliser le personnel infirmier?

- les outils déjà en place :

Le plan des formations individuelles et collectives représente aujourd'hui 228 000 Euros (soit 1,5 millions de francs) et le plan propose en moyenne 45 à 50 thèmes dont plus de 50% peuvent concerner le personnel infirmier.

Données 2002

Catégorie	Nombre de jours	Nombre de stagiaires	Nombre d'agents
Administratifs	190	30	25
Soignants	2055	364	283
Medico-techniques	23	12	8
Techniques	129	27	24
Généraux	20	9	8
Familles d'accueil	6	1	1
Total	2423	443	349

1% formation continue et divers ANFH	1 365 429
Autofinancement CF CPP	130 509
Total	1 495 938 fcs

Depuis, la mise en œuvre du projet d'établissement, un plan pluriannuel de formation construit théoriquement dans la concertation, a été établi. Mais la participation de l'ensemble des partenaires est loin d'être réelle : une enquête écrite est faite chaque année pour lister l'ensemble des demandes et des orientations puis le personnel de la formation continue trie les demandes pour établir le plan de formation annuel. Mais cette enquête est succincte, remplie de manière rapide dans la plupart des services et ne donne pas lieu à une véritable réflexion collective dans les services. Le personnel de la formation pourrait retravailler la grille d'enquête afin qu'elle soit plus approfondie et rappeler aux cadres de santé des services de soins, que l'enquête doit être remplie en concertation avec le personnel infirmier. Actuellement, le personnel infirmier a une trop faible influence sur le contenu du plan de formation.

Il faut noter par ailleurs que depuis 1995, un livret de formation continue est remis chaque année au personnel ainsi qu'un formulaire afin qu'il puisse faire ces demandes sans difficulté.

- L'amélioration du fonctionnement de la cellule de formation : retenant l'objectif d'une plus grande transparence, le projet d'établissement de 1995 insistait sur la nécessité de remplir le plus clairement possible la partie du formulaire de demande de formation motivant le choix de la formation. Mais cette zone est toujours peu remplie et le CTE est trop souvent amené à se prononcer sur la formation à partir de critères non reliés directement à la pertinence de la demande : le CTE s'en tient à vérifier que l'agent n'a pas fait plus de deux stages dans l'année. Le Directeur des soins et le responsable de la formation continue pourraient faire une note rappelant les principes décidés pour remplir ces formulaires. Les demandes de formations sont ainsi acceptées de manière trop anarchiques sans tenir compte des besoins de l'établissement et des agents.
- Les formations obligatoires pour les infirmiers donnent une ligne directrice aux choix de formation pour ce corps de métier mais l'analyse des besoins n'est pas faite de manière assez systématique. L'arrivée d'une jeune génération d'infirmières qui n'a pas reçu la même formation en IFSI que les infirmiers de secteur psychiatrique nécessite une adaptation des formations proposées. Ainsi, lors des Etats généraux qui se sont tenus à Montpellier, certains intervenants et certains syndicats (en particulier Fédération CGT Santé et Action sociale) demandaient que le contenu et l'organisation des formations des médecins et des infirmiers soient revus "pour qu'elles puissent préparer réellement à l'exercice professionnel spécifique de la psychiatrie".

La cellule formation oriente trop ses choix en fonction des propositions des organismes de formation. Un travail doit être effectué avec les cadres pour que les orientations de formation s'inscrivent dans une véritable politique de gestion des carrières des agents : la notation est un moment propice pour redéfinir avec les infirmiers leurs lacunes en terme de formation et leurs aspirations de promotion; un véritable bilan de compétences pourrait être effectué régulièrement. Une concertation du chef de service peut également permettre de définir une ligne directrice pour la formation dans le service.
- Maintenir les possibilités de formation promotionnelle : Du fait, de l'installation d'un IFCS dans l'établissement, les demandes de préparation de concours à l'IFCS sont nombreuses mais seulement huit personnes peuvent accéder à la préparation aux concours. Par ailleurs, les possibilités de formation vers les diplômes d'infirmière anesthésiste et infirmière de bloc opératoire ne sont pas proposées : en effet, l'intérêt de l'hôpital n'est pas de favoriser le départ de ces infirmiers vers ce type de spécialisation. Néanmoins, si au moment du recrutement, la possibilité d'évoluer vers ces formations et vers un retour aux soins

généraux étaient annoncée, de nombreux jeunes professionnels hésiteraient moins à s'orienter vers la psychiatrie. Le choix de la psychiatrie en début de carrière rend plus difficile le retour vers une autre carrière infirmière pour beaucoup de jeunes diplômés. Par ailleurs, les possibilités d'orientation vers la formation clinique devrait être étudiée en psychiatrie.

- Une politique de remplacement plus claire : En moyenne, les agents du centre hospitalier bénéficient d'une formation individuelle tous les deux ans, et de deux formations collectives. Mais le responsable de la formation continue notait lors de notre entretien, que des problèmes d'absentéisme se posaient lors des sessions pour le personnel infirmier en particulier, du fait des difficultés de fonctionnement des services. Les cadres peuvent hésiter à accepter des demandes de formation du fait de la difficile gestion des absences. Dans le protocole du 14 mars 2000, le gouvernement avait consenti à un effort sans précédent (de deux milliards de francs) destinés à favoriser le remplacement des agents en formation. Des crédits ont également été délégués aux ARH pour accompagner financièrement la mise en œuvre des projets sociaux. Dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé et sous réserve que la mesure figure au projet social, les ARH ont toute latitude pour attribuer une enveloppe spécifique à la promotion professionnelle. Dans ce cadre, le projet social à construire pourrait rappeler ces mesures et demander une aide pour améliorer le remplacement des infirmières en formation.

Ces pistes de réflexions envisagées pour rendre l'établissement plus attractif peuvent avoir un effet qu'il est difficile de mesurer et qui ne résout pas à court terme le problème de pénurie dans les services. D'autres pistes peuvent être évoquées en établissements psychiatriques, en particulier le recrutement d'aides-soignants pour renforcer les équipes et accroître leur pluridisciplinarité.

3.3 Le recrutement d'aides-soignants : un palliatif ou un projet à long terme pour le centre hospitalier Montperrin?

Lors d'une réunion sur les effectifs infirmiers, le Directeur rappelait qu'actuellement douze aides-soignants travaillent dans les services pour "limiter les dégats". Mais 18 postes d'infirmier sont encore vacants sur l'établissement, une véritable réflexion a donc été engagée dans l'établissement sur l'introduction des aides-soignants dans les équipes de soins. Historiquement les équipes de

soins de psychiatrie ne comprenaient pas d'agentss des services hospitaliers, ni d'aides-soignants puisque les infirmiers assumaient toutes les tâches.

Si l'arrivée des aides-soignants dans les services peut être stratégiquement intéressante pour l'établissement, cette démarche ne peut fonctionner que si elle est accompagnée d'une démarche métier.

3.3.1 Un projet stratégiquement intéressant pour l'établissement...

- D'un point de vue organisationnel et financier:

A court terme , l'intégration d'AS dans les équipes de soins devrait permettre de soulager les équipes en particulier en période estivale ou les congés des infirmiers rendent le fonctionnement des services difficile. D'un point de vue financier, le recrutement d'AS coûterait moins cher à l'établissement. Enfin, les AS sont plus nombreuses sur le marché du travail que les infirmières. En collaboration avec le Directeur des soins, nous avons proposé plusieurs types d'organisation infirmière, accompagnés d'un récapitulatif des coûts des solutions avancées.

Type de proposition par unité de soins	Coût 14 agents	Coût 15 agents	Surcoût	Gain
	572 600 Euros	613 500 Euros		
13 infirmiers+ 3 AS	614 200	614 200	++	
12 infirmiers+ 4 AS	600 800	600 800	+	+
10 infirmiers + 5 AS	546 600	546 600		++

La première proposition est équilibrée mais ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre au niveau des plannings journaliers, la deuxième proposition est celle qui pourrait être la plus adaptée en fonctionnement et en coût, la troisième proposition est la plus économique mais le nombre limité des infirmiers ne permet pas de faire face à des situations d'absence (régulières ou ponctuelles).

- Des réticences dans les services

Cette analyse est restée confidentielle face à la réticence d'une éventuelle généralisation du recrutement d'AS dans les équipes de soins en intrahospitalier. Un seul service a accepté jusqu'à maintenant d'intégrer à long terme des AS dans son équipe de soins : cette unité de soins et de réadaptation qui prend en charge des patients au long cours, a intégré cette donnée dans son projet de soins. Ce service assure le suivi de patients qui sont stabilisés dans leur maladie alors que les services classiques qui prennent en charge des patients en situation de crise, ont besoin d'un personnel infirmier plus important pour

que les conditions de sécurité du personnel soit assurées. Les chefs de service et les syndicats n'acceptent cette éventualité que si les missions des AS sont clairement définies et que leur nombre n'est pas trop important dans les services. Face à ces réticences, un groupe de travail sur "la composition de l'équipe soignante et l'adéquation des besoins des patients et des compétences soignantes" a été créé.

- Pourtant, la répartition de la charge de travail est plus cohérente avec des AS

Les résultats des études du groupe de travail "composition de l'équipe soignante" :

L'objectif de ce groupe, constitué des représentants des services de soins et de représentants syndicaux, était d'étudier à partir des besoins des patients, la réponse soignante la plus adaptée en terme de nombre d'agents et de qualifications. L'objectif stratégique pour l'équipe de direction était de démontrer que l'introduction d'AS ne désorganise pas les équipes de soins et permet de redéfinir les compétences de chaque intervenant auprès du patient.

La première étape a consisté à évaluer la charge de travail des infirmiers dans les unités de soins et d'adapter les qualifications des agents aux besoins des patients.

- ❖ Le groupe s'est appuyé sur la méthode canadienne du Projet Recherche Nursing 1980. Elaboré par des équipes soignantes canadiennes à partir de l'observation des besoins des patients, et du temps passé pour y répondre sur plusieurs années, l'utilisation régulière de cette méthode permet de répondre à l'évolution des besoins des patients dans une unité de soins, en terme de nombre d'agents et de qualifications. Elle permet de déterminer la dotation en personnel des services. Mais le PRN présente des limites : il ne mesure pas la qualité des soins qui relève d'une autre méthode. Il a donc fallu dans un premier temps trouver un accord sur la méthode utilisée en sachant qu'elle ne prétendait pas être complètement scientifique.
- ❖ Le PRN permet à partir de fiches de recueil des activités soignantes de relever toutes les actions soignantes et d'appliquer le nombre de points adéquats en fonction du référentiel du PRN. L'état de dépendance du patient est également pris en compte grâce à une échelle de dépendance de 1 (autonome) à 6 (dépendance totale). Un forfait CSB (communication au sujet du bénéficiaire) permet de comptabiliser le temps nécessaire à la communication lors des actions de soins en lien avec l'état du patient. Enfin, un forfait temps moyen compris entre 40 et 50 minutes par bénéficiaire permet de calculer le temps passé pour les activités administratives et d'entretien.

- ❖ Les résultats de cette étude réalisée dans quatre services, montre que les aides-soignants représentent en moyenne 25% des fonctions assurées actuellement par les infirmiers (1950 minutes assurées par les aides-soignants sur 7 979 minutes assurées de manière global par secteur).

secteur	hygiène	confort	alimentation	Elimination	Total AS	Global par secteur
18	90	135	80	20	325	2334
20	130	65	90	30	315	1472
21	325	290	200	140	955	2546
UPSIR	215	110	25	5	355	1627
Total	760	600	395	195	1950	7979

Ainsi, les infirmiers sont sous utilisés puisqu'ils effectuent en partie des tâches qui pourraient être réalisées par des aides-soignants. Si ces résultats sont transcrits en équivalent temps plein, cela correspond à 4,33 AS soit 4 ou 5 AS par service.

Ces résultats ont été remis en cause par une partie des syndicats en CTE : d'après eux la grille d'analyse du PRN ne prend pas en compte les spécificités des soins en psychiatrie. Il est vrai qu'une partie des référentiels ne correspond pas aux actes des infirmiers en psychiatrie mais le PRN a été adapté par le groupe pour être en adéquation avec les réalités de terrain²⁵. Après des négociations longues, les chefs de service et les syndicats ont accepté de mettre en place une expérimentation sur 6 mois : sur la base du volontariat, certains services intègrent 3 AS par unité. L'objectif est d'identifier les dysfonctionnements éventuels de l'organisation du travail, définir un effectif cible d'AS par unité sans diminuer la qualité des soins pour pouvoir à terme généraliser l'incorporation d'AS dans les équipes.

- ❖ Cette étude met également en évidence l'hétérogénéité des prise en charge selon les unités de soins (le temps passé pour chaque acte varie de façon importante) et du nombre d'agents nécessaires par service. Cette étude sur la charge de travail pourrait être suivie d'une étude sur la qualité des soins (refusée par l'ensemble des professionnels pour l'instant qui invoque la spécificité de la psychiatrie) pour améliorer l'adéquation entre les besoins des patients et les compétences soignantes.

²⁵ Cf Annexe n°6

Si certains établissements psychiatriques de la région (comme l'hôpital Montfavet) ont généralisé le recours aux AS sans trop de difficulté, le personnel de Montperrin justifie ses réticences par le manque de réflexion sur le rôle des AS. Pourtant, l'étude réalisée par le Directeur des soins conclue que "la présence des aides-soignants est indéniable et ne peut être mise en cause, sauf pour des raisons idéologiques".

Si l'analyse du coût et de la charge de travail pouvant être effectuée semble essentielle, cette introduction ne peut se faire que si une véritable démarche métier est initiée sur les aides-soignants.

3.3.2.... Qui doit être accompagné d'une démarche métier.

Jusqu'à maintenant les aides-soignants étaient peu présents dans les établissements psychiatriques et leur rôle n'est finalement défini qu'en fonction des soins généraux. Une analyse des textes sur les compétences des infirmiers et des aides-soignants est éclairante.

- Les fonctions des infirmiers et des aides-soignants au niveau juridique :

- ❖ Les fonctions de l'infirmière ont été redéfinies récemment dans le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. Concernant notre sujet plusieurs articles peuvent être relevés : si l'article trois précise que " relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement et totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes", l'article quatre réaffirme que "l'infirmier peut les assurer (les actes) avec la collaboration d'aides- soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation". Ce texte ne précise pas si la collaboration concerne essentiellement les soins généraux, on peut en déduire que ces définitions concernent aussi les équipes de soins en psychiatrie. On peut noter à cet égard que dans les cliniques psychiatriques interrogées, des aides-soignants sont intégrés dans les équipes afin de participer aux soins d'hygiène et de confort des patients. Cependant, le mémoire réalisé par une infirmière Fabienne Midy, pour le CREDES sur "Les principaux changements dans la profession infirmière depuis 20 ans. Propos d'infirmières"²⁶ montre que de manière générale, le travail avec les aides

²⁶ www.credes.fr

soignants est peu évoqué par les infirmiers interrogés. Le travail de l'infirmière et de l'aide-soignant ne sont pas présentés comme complémentaires, et une ambiguïté demeure entre les fonctions de chacun : "Les infirmières aident beaucoup les aides soignantes : nous estimons que le nursing fait aussi partie de notre travail de base, donc nous les aidons à faire le lit, la toilette des patients...Mais les responsabilités sont différentes." Il est important de préciser que ces témoignages offrent une vision spécifique de cette question qui n'est pas partagée par l'ensemble de la profession. En particulier, la Fédération Nationale Infirmière soutient que faire le lit doit être laissé à la charge de l'aide-soignant, sauf cas médicalement justifié. Inversement, certaines infirmières se plaignent des actes accomplis par les aides-soignants alors que ce n'est pas de leur responsabilité. Ce problème est d'autant plus cuisant en psychiatrie où les actes techniques (dévolus à l'infirmier) sont peu nombreux et le rôle propre de chaque profession mal défini. Les infirmiers en psychiatrie veulent imposer leur spécificité pour asseoir leur légitimité et freiner les menaces représentées par les autres professions.

- L'arrêté du 23 janvier 1956 modifié, porte création du diplôme professionnel d'aide-soignant. De nombreux textes, vont venir préciser les fonctions des aides-soignants, en particulier les circulaires du 19 janvier 1991 et du 19 janvier 1996 , relatives au rôle et aux missions des aides soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers. Ces circulaires rappellent que le rôle des aides-soignants "s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée" ce qui correspond bien aux types de missions qui peuvent être assurées en psychiatrie. En effet, il est essentiel de mieux reconnaître la spécificité de leurs activités qui représentent une réponse adaptée aux besoins des patients. Au lieu de dresser une liste nécessairement incomplète et réductrice des situations dans lesquelles peut s'instaurer la collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant, il est préférable de définir de grands domaines d'activités :
 - collaboration dans les soins d'hygiène et de confort auprès du patient
 - collaboration dans la surveillance du patient reposant sur des observations qui permettent d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier les informations recueillies
 - collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne
 - collaboration dans l'hygiène de l'environnement du patient.

Dans l'ensemble des domaines énumérés, l'activité de l'aide-soignant comporte une dimension relationnelle très importante. La circulaire fait état des difficultés qu'entraîne la répartition des fonctions qui conduit des aides-soignants à se voir confier des tâches qui relèvent des infirmiers ou au contraire incombent à des agents moins qualifiés. La définition des compétences constitue un véritable enjeu de pouvoir : en psychiatrie cette définition des missions de chacun est d'autant plus importante que le soin est moins technique et plus extensible. De plus, l'agitation des patients nécessite une définition claire afin d'éviter que les aides-soignants se retrouvent dans des situations dangereuses. Pourtant, la prise en charge globale du patient suppose une répartition et une coordination de l'équipe soignante, qui permettent à tous les professionnels de jouer pleinement leur rôle de façon complémentaire dans le respect des compétences reconnues à chacun.

- Définition du rôle de l'aide soignante au CHM :

- ❖ Un groupe de travail composé de cadres de santé, d'infirmiers et d'aides-soignants déjà en poste a donc été créé afin de définir plus précisément les fonctions et le rôle de l'aide-soignant en psychiatrie. S'appuyant sur des textes législatifs mais aussi sur le principe du projet thérapeutique individualisé, sept grands domaines d'action des AS ont pu être établis. Cette liste a tenté de préciser les actes effectués seuls ou accompagnés d'un infirmier et de différencier les actes en fonction du statut du patient (HO, HDT, HL).

- La chambre d'isolement thérapeutique : en accompagnement d'un ou plusieurs infirmiers
- Les accompagnements: une différence est faite entre les déplacements en ambulance, à pied, avec une voiture de secteur, en sortie loisir, dans l'enceinte de l'établissement. En outre, les aides-soignants peuvent plus facilement accompagner seuls des patients en hospitalisation libre que des patients en HDT ou en HO.
- Les gardes d'un patient en attente d'un résultat de consultation : en fonction de l'évaluation du cadre ou du médecin du secteur
- Visite à domicile ou intervention en maison de retraite : en priorité les infirmiers qui peuvent être accompagnés d'AS

Lors des réunions, il était surtout intéressant de voir chaque profession défendre son "précarré" de compétences : les AS déjà en postes soulevaient le problème de leur intégration et des difficultés des infirmiers à déléguer des tâches alors que

certaines infirmières étaient sur la défensive et hésitaient à reconnaître aux AS des responsabilités.

❖ Si le résultat de ce travail doit être présenté en CME et CTE, il pourrait être approfondi.

- Une intégration plus large dans les services, au delà des activités de soins :

Lors des réunions sur les fonctions des AS, certains points n'ont pas été abordés : ils étaient peut-être sous entendus mais il mérite tout de même d'être rappelés dans la fiche métier des AS en psychiatrie. Comme pour les infirmières, les AS pourraient être référents d'un patient dont ils suivent l'évolution. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la qualité de la transmission des informations échangées entre l'infirmier et l'aide-soignant au sein d'une équipe de soins. Le dossier de soins actuel doit également être modifié afin que les AS puissent consigner les observations qu'ils ont réalisées. Cette organisation du travail doit permettre aux aides-soignants de développer leur capacité d'initiative dans le respect de leurs compétences.

Une réflexion doit être menée pour permettre une réelle participation des aides-soignants dans l'élaboration du projet de soins, du projet de service, du projet d'amélioration des conditions de travail. Le plan de formation devra également tenir compte des besoins des aides-soignants en formation.

- Les conditions d'une intégration réussie : l'investissement des cadres de santé

Stratégiquement la direction ne peut faire accepter les AS dans les services (et ainsi donner une nouvelle dynamique aux équipes de soins tout en trouvant une solution à ces problèmes de recrutement infirmier), que si les cadres de santé sont convaincus du bien fondé de cette évolution et travaillent sur le terrain à leur intégration. En effet, les cadres de santé ont un rôle primordial à jouer pour impulser une dynamique de réflexion dans ce domaine, pour entreprendre les actions nécessaires en matière d'organisation du travail et de l'équilibre entre les catégories professionnelles composant les équipes.

Ce travail confié aux cadres de santé, s'il est bien expliqué pourrait revaloriser leur rôle qui manque également de définition précise. Lors du forum de l'hôpital public (hôpital-expo) le 21 mai 2002, une conférence était consacrée au thème "Cadres et Management" , les intervenants soulignaient les exigences contradictoires dans lesquelles sont pris les cadres de santé, le manque de précisions de leur missions et l'insuffisance d'outils utiles. Par ailleurs, leur rôle est particulièrement reconnu au niveau du travail sur la répartition des missions au sein de leur équipe. Au CHM, une

réunion pourrait être organisée avec les cadres pour enterrer la description des fonctions des aides-soignants dans les équipes de soins. Au fur et à mesure de l'introduction des AS dans les équipes des réunions bilan pourraient être prévues pour affiner la description des responsabilités des AS.

- Le succès de cette démarche ne doit pas entraîner une dévalorisation de la fonction d'infirmier :

La définition des missions de l'AS ne peut se faire qu'en parallèle d'une précision des missions de l'infirmier en psychiatrie. Si le dernier décret de compétences sur les infirmiers est précis, il ne prend pas en compte les spécificités des activités psychiatriques. Ainsi, ce travail sur les fonctions de l'infirmier pourrait atténuer les craintes des infirmiers sur la dévalorisation de leurs compétences et la diminution de leur champ d'action. Comme le rappelle, le groupe de travail sur l'identité infirmière, la reconnaissance de l'identité professionnelle passe beaucoup par le champ de qualifications qui est dévolu au groupe professionnel dans une structure. Cette clarification des rôles permettrait par ailleurs de faciliter la présentation du métier d'infirmier en psychiatrie aux jeunes étudiants en IFSI, lors de la présentation du CHM aux promotions.

Si le recrutement d'aides-soignants peut permettre de soulager les équipes qui manquent de personnel, il permet également de repositionner le rôle de l'infirmier dans les équipes de soins de psychiatrie. L'introduction d'AS est stratégiquement intéressante pour l'établissement, mais conduit aussi à se poser des questions plus fondamentales sur les IDE en psychiatrie. A long terme, cette démarche ne peut être que profitable pour l'image des infirmiers en psychiatrie et ne peut que jouer un rôle moteur pour le recrutement. Ainsi, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ne peut se réduire à une science exacte mais doit analyser l'ensemble des enjeux propres à l'évolution d'un métier.

CONCLUSION : LA PÉNURIE : UN SÉISME PROFITABLE?

La situation de pénurie actuelle est amenée à disparaître d'ici quelques années étant donnée l'augmentation des quotas dans les IFSI. Mais cette situation de pénurie aura constitué sans aucun doute un séisme profitable pour la profession infirmière. La prise de conscience par les pouvoirs publics, et par les autres acteurs du système de santé du manque de reconnaissance des infirmiers et de la difficulté de leurs conditions de travail aura permis des avancées.

Des efforts auront été faits pour améliorer les conditions de travail des infirmiers, les possibilités d'évolution de leur carrière. Une réflexion a aussi été menée sur leur positionnement dans l'équipe de soins et le contenu de leur métier.

Enfin, cette situation de pénurie a poussé nombre d'établissements à réfléchir à leur politique de ressources humaines de manière plus globale, à leur stratégie de recrutement et à travailler leur politique de communication.

En psychiatrie et au Centre Hospitalier Montperrin, des mesures ont été prises pour maintenir voire approfondir les mesures sociales, socle du projet social à venir. Par ailleurs, ces difficultés de recrutement ont incité l'établissement à mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle des emplois et à créer des outils de suivi des effectifs plus performants. Enfin, ces problèmes de recrutement ont permis de placer au centre des débats l'introduction d'aides-soignants dans les équipes de soins et de redéfinir les compétences de chaque profession dans l'équipe de soins. Cette clarification permettra à terme, de valoriser l'image des infirmiers en psychiatrie.

La stratégie d'action face à la pénurie infirmière se résume donc par plusieurs mots clés :

- Evaluer finement l'ampleur du problème afin de régir efficacement en tenant compte des priorités
- Retenir les professionnels en exercice en prenant compte leurs valeurs professionnelles, leurs compétences, leurs difficultés et leurs attentes
- Attirer les jeunes vers une profession infirmière à l'image renouvelée grâce à une formation initiale plus attractive et leur ouvrant plus de diversité dans les modalités d'exercice et les déroulements de carrière.

La qualité de notre système de soins dépend largement des ressources en personnel infirmier et de leur motivation. Selon la Présidente du Conseil international des Infirmières,

Mme Christine Hancock “ il y a de plus en plus de preuves du rôle significatif que jouent les ressources en personnel infirmier sur la qualité des soins fournis, particulièrement en termes de résultats pour les patients. Un rapport publié dans le Journal of the American Medical Association du mois dernier montrait que lorsque les infirmières s’occupent d’un trop grand nombre de patients, ces derniers sont exposés à un plus grand nombre de décès”. Un effort continu doit donc être fait en direction des étudiants et des infirmiers en poste pour maintenir leur motivation. Des mesures innovantes peuvent être prises malgré le statut de la fonction publique comme le montre J.B. Hagemüller dans un article “La lettre et l’esprit”. S’il ne s’agit pas de remettre en cause le statut de la fonction publique, mais il ne doit pas constituer un obstacle aux évolutions de carrière et à la valorisation de l’expérience. Chaque hôpital en fonction de ses spécificités peut “oser les réformes”.

Sénèque “ Ce n’est pas parce que les choses sont difficiles que l’on n’ose pas, c’est parce que l’on n’ose pas que les choses sont difficiles”.

Bibliographie

- **OUVRAGES ET MEMOIRES :**

ABBAD Jean, Mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital : pourquoi? comment?, Paris Initiatives santé S.A : Doin Gestion, 1998, 300p.

ENSP, FRERING D., Malaise infirmier? Vous avez dit malaise?, mémoire ENSP IGA, Rennes, 1989, 117p.

ENSP, Module Interprofessionnel de Santé Publique, Impact de la projection démographique médicale et infirmière sur l'organisation du système de santé au cours des prochaines années, 2001, 42p.

ENSP, LECARDEZ Marc, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les prémices d'une expérience au centre hospitalier universitaire de Nice, mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 1999, 88p.

ENSP, PRESLE Jacqueline, L'identité de l'infirmier en psychiatrie, de la logique asilaire à la politique de santé mentale, mémoire d'Infirmier Général, 1992, 51p.

GERARD Jean Louis, Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération, Edition Lamarre, 1993, 238p.

GRIPI, L'identité professionnelle de l'infirmière, éditions Le Centurion, 1986, 150p.

HESBEEN Walter, Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France, Rennes, ENSP, 1993, 163p.

JAEGER M. , Garder, Surveiller, Soigner, Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique, édition CEMEA, 1990, 59p.

LHOMME Eric, Rapprocher l'offre et la demande d'emplois infirmiers, Algo management consultant, 1994, 125p.

Mauranges Aline, Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier, publication MNH, février 2001, 163p.

MIDY Fabienne, Les principaux changements dans la professions infirmière depuis vingt ans, mémoire de sociologie, site internet CREDES, juin 2003, 20p.

PABION F., La réforme des études infirmier(e)s, quel(le) infirmier(e) pour demain?, Mémoire cadre, CHS Montperrin, Aix en Provence 1991-1992, 50p.

SOEURE Pierre Yves, LHOMME Eric, PALAZZI Stéphanie, Etude sur la situation des personnels des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, Paris 1996, 121p.

SUDREAU Philippe, Marché de l'emploi et problème infirmier, édition ENSP, 1991, 174 p.

• **ARTICLES :**

ANTOLINI Agathe, DORVAL Corinne, GAIE Denis, Les infirmières dans l'Union Européenne, Objectifs soins, novembre 2002, n°110, pp9-11.

AUDRIC Sophie, NIEL Xavier, La mobilité des professions de santé salariés des hôpitaux publics, Etudes et résultats, DREES, ministère de l'emploi et de la solidarité, avril 2002, n°169.

AUTORI Marie-Thérèse, BARTHES Richard, Manager les ressources humaines : un enjeu actuel pour l'entreprise et l'hôpital de demain, Technologie et santé, septembre 1998, n° spécial, pp.61-68.

BODECHON Agnès, De l'équivalence des diplômes d'infirmiers, Infirmière magazine, février 1997, n°113, p7.

BOITTIN Isabelle, Etudiants en soins infirmiers de deuxième année, crise identitaire, la mise à l'épreuve des motivations, Recherche en soins infirmiers, mars 2002, n°68, pp. 66-90.

BOUDET Bernard/ coor., PEIRERA José-E, LAFON Catherine, MASSON Chantal, Crise de recrutement : des pistes pour en sortir, Revue de l'UNIOPSS, avril 2002, pp.18-27.

COM-RUELLE Laure, MIDY Fabienne, ULMANN Philippe, La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexions à partir d'exemple européens., Questions d'Economie de la santé, octobre 2000, pp 2-4.

DEKUSSCHE Céline, Faut-il avoir peur de la pénurie infirmière?, Soins cadres, juillet 2001, n°spécial, pp 2-3.

DE MONTALEMBERT Laure, La pénurie, un séisme profitable?, Objectifs soins, mai 2002, n°106, pp16-18.

DERENNE Odile, HAGENMULLER Jean-Baptiste, JANCOURT Daniel, PINTON Philippe, DANDIN Isabelle, POIMBOEUF Christian, CHOUARD Catherine, LACHENAYE-LANAS Chantal, BASS Nathalie, Manager les ressources humaines : un enjeu actuel pour l'entreprise et l'hôpital de demain, Technologie et Santé, septembre 1999, n°spécial, 87p.
DROUET M., Histoire de la profession d'infirmier et de la fonction d'aide-soignant, Revue de l'infirmière, mars 1995, n°5, pp 64-65.

DUPEUX D., Une uniformisation peu harmonieuse, ISP et IDE : mieux comprendre les fondements d'un désaccord, Soins psychiatrie, 1997, n°190, pp 6-16.

DUPEUXD., LETOURNEAU D., Infirmiers de secteur psychiatrique : au delà du diplôme unique, Synapse, janvier 1993, pp 55-57.

EGGERS Jérôme, Profession : nouveau décret de compétence, Objectifs soins, mars 2002, n°104, pp 10-11.

GERARD Jean Louis, L'image de l'infirmier en psychiatrie, Santé mentale, octobre 1995, n°1, pp17-18.

JAEGER M., Une histoire de ruptures : la profession infirmière en psychiatrie, mai 1996, n°606, pp30-34.

LETOURNEAU Dominique, De l'évolution des CHS au devenir des ISP, Santé mentale, mai 1997, n°18, pp 10-13.

MARTINEZ Joël, Communiquer pour mieux soigner, Santé mentale, octobre 1995, n°1, pp 20-22.

MARASCHIN Joëlle, Pour ou contre la polyvalence, le point de vue des formateurs, Infirmière magazine, n°113, février 1997, p 6.

MIDY Fabienne, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Questions d'économie de la santé, mars 2003, n°65.

QUEST Martine, La réforme du diplôme infirmiers et ses incidences juridiques, Soins formation, 2ème trimestre 2002, n°2, pp42-43.

SLIWKA Corinne, Du transfert de compétences professionnelles, Objectifs soins, novembre 2002, n°110, pp 12-15.

ZARAFIAN Edouard, L'image des psy, Santé mentale, octobre 1995, n°1, pp 19-20.

ZIMMER J., Les paradoxes du diplôme unique, Infirmière magazine, avril 1995, n°93, pp22-28.

- **RAPPORTS ET COMPTES-RENDUS DE CONGRES :**

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE DE FRANCE, Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières, novembre 2002, 49p.

BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry, Démographie des professions de santé, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 113p.

COLLOQUE de l'Adrhess, le Kremlin-Bicêtre, Professions de santé face au choc démographique : et si on parlait métiers?, 17 et 18 octobre 2002, 56p.

COUTY Edouard, Elaboration, négociation et suivi du projet social, Guide méthodologique DHOS, 19p.

DIRECTION DU PERSONNEL ET DES RELATIONS SOCIALES, Plan d'attractivité, AP-HP, janvier 2003, 8p.

DIRECTION DES HOPITAUX, Evaluation de la promotion interne dans la Fonction Publique Hospitalière, 1999, 290p.

HOPITAL EXPO/ INTER MEDICA, Forum de l'hôpital public à Paris, Cadres et Management, mai 2002, 57p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Schéma régional des formations aux professions paramédicales et de sages-femmes, Provence-Alpes- Côte d'azur, juin 2002, 188p.

PIQUEMAL Angel, Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 7 novembre 2002, 50p.

- **TEXTES LÉGISLATIFS :**

- **TEXTES GÉNÉRAUX SUR LES INFIRMIERS :**

Protocoles d'accord du 14 mars 2000 et du 14 mars 2001 de la fonction publique hospitalière, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Arrêté du 10 mars 1980 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473 et L.476 du CSP relatifs à la profession d'infirmier.

Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières, fait à Starsbourg le 25 octobre 1967 (JO 7 février 1975).

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (JO 18 février 1993).

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (JO 16 février 2002).

Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat infirmier

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat infirmier.

Arrêté du 06 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat infirmier.

Circulaire n°2350 du 20 juin 1973 relative à la pénurie d'infirmières et aux diverses façons d'y remédier (BO SP-SS 73/27).

Circulaire n°1510 du 11 juin 1975 relative à la validation de diplômes étrangers d'infirmier pour l'exercice de cette profession en France (non parue au JO).

Circulaire du 18 septembre 1979 relative à l'exercice en France de la profession d'infirmier ou d'infirmière par les ressortissants de la Communauté européenne titulaires de diplômes, certificats ou titres délivrés par les Etats membres de la CEE (JO 20 novembre 1979).

Circulaire DGS/DH/n°387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmier dans les établissements hospitaliers.

Circulaire DGS/5681/PS du 17 décembre 1993 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier polyvalent.

Directive du Conseil du 27 juin 1977 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux (JO CE 15 juillet 1977).

➤ INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES :

Arrêté du 14 janvier 1993 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.

Circulaire n°55 du 29 décembre 1992, relative à l'application de l'arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier psychiatrique.

Circulaire n°2000-227 du 21 avril 2000 relative à la situation des infirmiers de secteur psychiatrique prise en application du décret n°99-1147 du 29 décembre 1999 relatif à l'application de l'article L. 474-2 du Code de la Santé Publique.

Circulaire n°2001-235 du 28 mai 2001 relative à la situation des infirmiers de secteur psychiatrique candidats à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier en application du décret n°99-1147 du 29 décembre 1999 relatif à l'application de l'article L. 4311-5 du Code de la Santé Publique.

➤ AIDES SOIGNANTS :

Décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture.

Décret n°96-729 du 12 août 1996 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture

Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et d'aide-soignante dans les hôpitaux et les hospices publics et privés (JO 25 janvier 1956).

Arrêté du 07 juillet 1971 fixant le programme relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant dans les établissements d'hospitalisation publique et privée (JO 8 septembre 1971).

Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture.

Arrêté du 5 février 1997 relatif au Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant et au Diplôme Professionnel d'Auxiliaire de Puériculture.

Arrêté du 11 mars 1997 relatif au Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant et au Diplôme Professionnel d'Auxiliaire de Puériculture.

Lettre n°1008 du 10 août 1989 relative à l'amélioration de la promotion professionnelle des aides-soignants (BO SPS 89/32).

- SITES INTERNET :

www.credes.fr

www.fnaim.fr

www.hospimedia.fr

www.infirmier.com

www.sante.gouv.fr

- PERSONNES INTERROGÉES :

- Au Centre Hospitalier Montperrin :

Mme Lequellec, Directrice des Ressources humaines de l'établissement,

M. Petit responsable de la formation,

Mme Coron Directrice de l'IFSI, l'ensemble des cadres de santé interrogés,

Mme Torresani Médecin du travail de l'établissement,

L'ensemble des étudiants de l'IFSI d'Aix en Provence qui ont répondu au questionnaire.

- Dans d'autres structures :

M. Michel Directeur des ressources humaines du centre hospitalier d'Edouard Toulouse,

Mme Luquet Directrice des ressources humaines du centre hospitalier Montfavet,

M. Philippe Touzy à la direction du personnel et des relations sociales à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris,

Mme Brigitte Dujont responsable des formations à la DDASS de Marseille.

Mme Rapp Directrice des soins de la clinique La Lauranne,

Mme Brigitte Brissy Directrice des soins de la clinique La Jauberte,

Mme responsable de Quick Medical Aix en Provence.

Liste des annexes

Annexe n°1 Le poids des professionnels de soins infirmiers dans le système de soins français

Annexe n°2 Des recrutements en dents de scie : quota d'entrée en formation des infirmières

Annexe n°3 Questionnaire infirmier

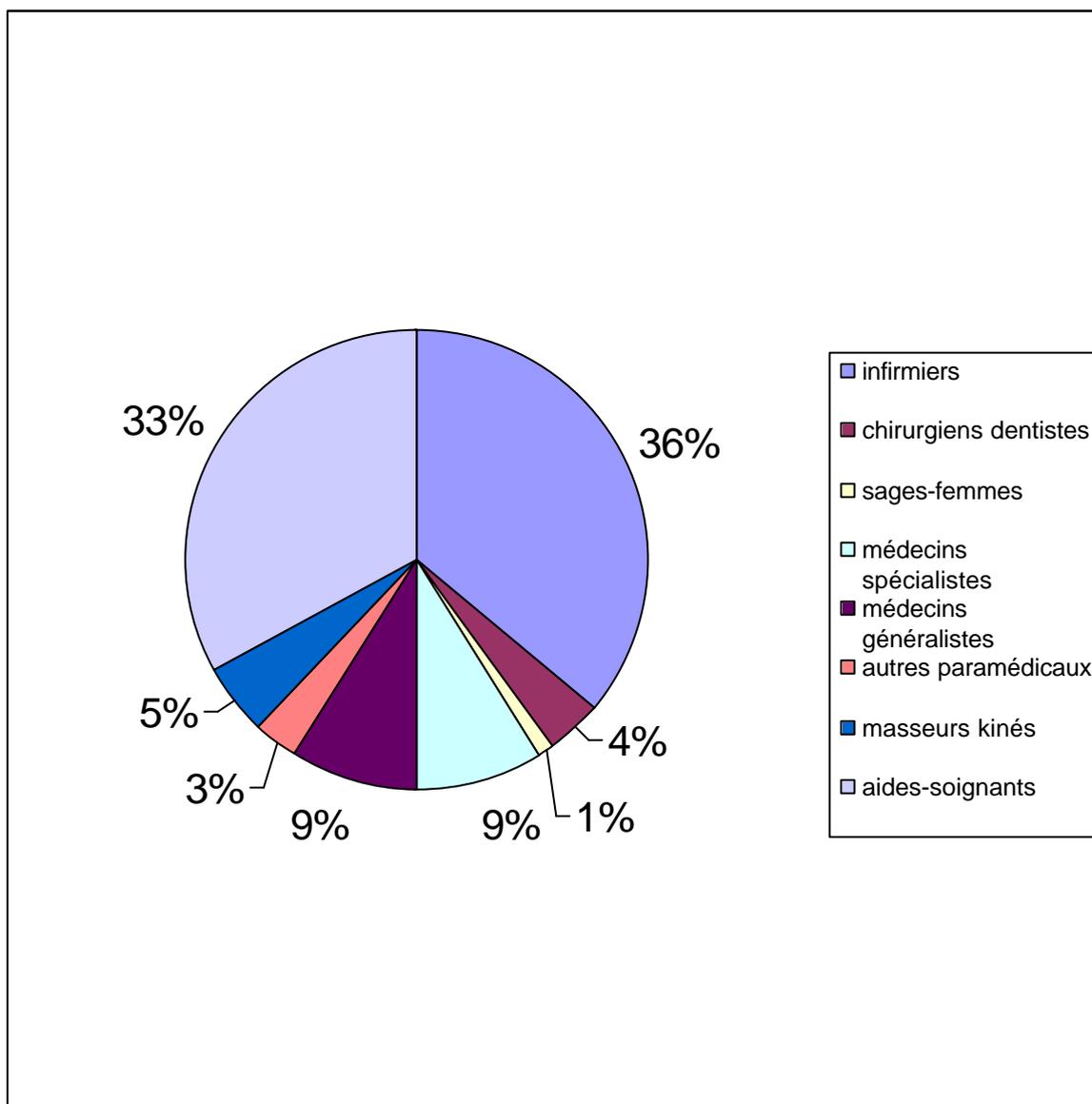
Annexe n°4 Quotas par zone géographique dans la région PACA

Annexe n°5 Approche financière des 32H30 de nuit

Annexe n°6 Analyse de la charge de travail d'un AS dans un service de psychiatrie selon le modèle PRN

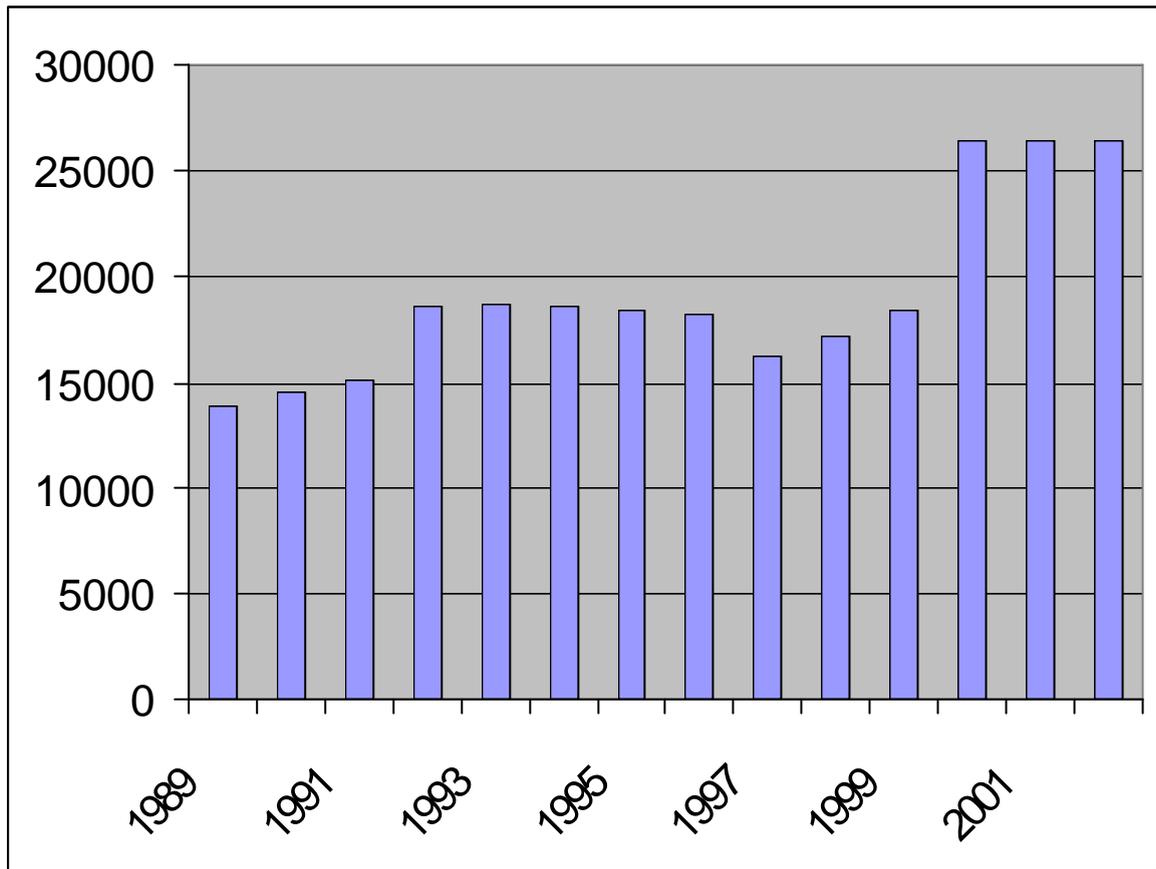
Annexe n°1 : Le poids des professionnels de soins infirmiers dans le système de soins français

Source : Eco-santé France 2000, DREES, INSEE



Annexe n°2 : Des recrutements en dents de scie : quota d'entrée en formation des infirmières

Source : DHOS



Annexe n°3 : Questionnaire infirmier

Informations générales :

- ✓ Promotion :
 - 1^{ère} année
 - 2^{ème} année
 - 3^{ème} année
- ✓ Age
- ✓ Département d'origine

Les études à l'IFSI

- ✓ Qu'est-ce qui a motivé le choix des études en IFSI (1 :très important, 2 : important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important) :
 - Vocation personnelle
 - Membre de votre famille dans le corps infirmier
 - Durée des études
 - Rémunération
- ✓ L'enseignement à l'IFSI, moteur des évolutions des pratiques professionnelles, vous paraît-il adapté à la réalité professionnelle ? (Entourez votre réponse)
 - Très adapté
 - Adapté
 - Peu adapté
 - Pas adapté
- ✓ Votre IFSI est situé dans l'enceinte du centre hospitalier Montperrin, avez-vous effectué un stage dans cet hôpital,
 - Oui
 - Non
- ✓ Si oui, avez-vous été satisfait de l'accueil et du suivi dont vous avez bénéficié durant votre stage par le personnel,
 - Très satisfait

- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait

Votre futur métier

- ✓ Quelles sont les dimensions clés que vous valorisez dans votre futur métier ? (1 :très important, 2 : important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important) :
 - La relation
 - La technique
 - La prévention
 - Le nursing

- ✓ Quels sont les facteurs qui vous permettraient un exercice idéal du métier d'infirmier (1 :très important, 2 : important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important) :
 - Le travail en équipe
 - Trouvez une situation plus rémunératrice
 - Alternner périodes de travail et de non travail
 - Travailler de façon indépendante

- ✓ Dans quel type de service souhaiteriez-vous exercer ? (classez par ordre de préférence)
 - Chirurgie
 - Gériatrie
 - Réa/urgences
 - Pédiatrie
 - Psychiatrie
 - Autres

- ✓ Avez-vous effectué un stage dans le service qui vous attire le plus ?
 - Oui
 - Non

L'évolution de votre vie professionnelle

- ✓ A plus long terme, quelle évolution professionnelle envisagez-vous ? (Classz par ordre de préférence)
 - Renforcer votre polyvalence entre différents types de services

- Passer un nouveau concours pour vous spécialiser
- Occuper un emploi d'encadrement (cadre de santé, Directeur de soins)
- Vous installer dans le secteur libéral

L'hôpital public

- ✓ Lors de votre sortie de l'IFSI, souhaitez-vous exercer :
 - A l'hôpital public
 - En clinique privée
 - En libéral
 - Autres

- ✓ Quels sont pour vous les principaux attraits du secteur public (1 :très important, 2: important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important) :
 - L'éventail des compétences offertes
 - Les avantages statutaires
 - Les salaires
 - Les conditions de travail

- ✓ Quels sont pour vous les principales faiblesses du secteur public
 - Les perspectives de carrière
 - Les conditions de travail
 - Les salaires
 - Les relations avec la hiérarchie

- ✓ A la sortie de l'IFSI, envisageriez-vous de déposer une candidature au centre hospitalier Montperrin,
 - Pas du tout
 - Peut être
 - Oui

- ✓ Pour quelles raisons ?

Annexe n°4 : Quotas par zone géographique dans la région PACA

zones géographiques	répartition du quota réel au 01/09/01	Répartition géographique basée sur				répartition proposée du quota de 1500 places			
		La population		l'offre de soins		répartition proposée	écart/ population	écart/ offre de soins	évolution consécutive en nombre de places
		quota théorique	écart réel/théorique	quota théorique	écart réel/théorique				
Digne-Manosque	40	48	-17%	46	-13%	40	-17 %	-13%	0
Gap-Briançon	65	41	59%	56	16%	50	+22%	-11%	-15
Antibes-Cannes-Grasse	80	169	-53%	130	-38%	120	-29%	-8%	+40
Nice-Menton	210	157	+34%	179	+17%	190	+21%	+6%	-20
Aix-Pertuis-Salon	95	166	-43%	131	-27%	125	-25%	-5%	+30
Marseille-Martignes-Aubagne	590	394	50%	509	+16%	540	+37%	+6%	-50
Arles	40	33	21%	31	+29%	30	-9%	-3%	-10
Toulon-Brognoles-Hyères	200	216	-7%	173	+16%	195	-10%	+13%	-5
Draguignan-Fréjus	50	106	-53%	60	-17%	60	-43%	+0%	+10
Avignon-Cavaillon-Orange	130	170	-24%	185	-30%	150	-12%	-19%	+20
Région	1500	1500		15000		1500			

Annexe n°5 : Approche financière des 32H30 de nuit

Source, Direction des Soins, CHM

I. Quelques chiffres :

- Durée hebdomadaire : 32H30
- Durée personnalisée : 6H30
- Durée effective de nuit : 9H

II. Nombre d'agents nécessaires

- Pour un agent présent sur une année :

$365 \text{ nuits} \times 9\text{H} = 3285 \text{ H}$

$3285/1416\text{H}$ (obligation légale de servir) = ratio de 2,3 à 2,5

- Pour deux agents :

Pour une unité isolée : $2 \text{ agents} \times 2,5 = 5 \text{ agents}$

Pour 2 unités jumelées $5 \times 2 = 10 \text{ agents}$

Secteur	Nombre infirmier	Suppl.	Total Infirmier	Coût total en Euros
5	45	5	50x	2 045 000
19	5	1	6x	204 500
Faulp	12	3	15x	490 800
Alcoolologie	5	1	6x	204 500
Upsir	5		5x	204 500
Ppda	5		5x	204 500
Total			87x	3 558 300

Soit un surcoût de 409 000 Euros pour 10 postes infirmiers

Annexe n°6 : Analyse de la charge de travail d'un AS dans un service de psychiatrie selon le modèle PRN

A. Hygiène :

Toilette patient autonome
Toilette aide partielle
Toilette aide complète
Toilette aide complète baignoire
Rasage
Shampooing simple
Shampooing avec traitement

B. Confort :

Lever avec aide
Lever et/ou marcher
Habillage autonome
Habillage aide partielle
Habillage aide complète
Frictions et installation
Barrières, moyens contention

C. Alimentation :

Malade autonome
Malade aide partielle
Malade aide complète
Hydratation

D. Elimination :

Changes pers. âgées
Aide occasionnelle
Bassin seau urinal
Lavement

E. Observation/ surveillance

Temps pouls
Surveillance des sujets à crises
Surveillance des fugues
Surveillance des suicidaires
Médicaments 1 à 4 fois
Injections 1 à 3 fois
Prélèvements (bilan)
Perfusion 1 à 3 fois
Petits soins divers
Consultation
Sismothérapie

F. Activation du corps/jeux

Repas thérapeutique
Bains thérapeutiques
Sociothérapie
Musicothérapie
Ateliers divers
Piscines
Sortie 1 jour
Cinéma, théâtre
Camps
Ludothérapie
Promenades intra
Cafétéria

G. Communications

Accueil patient/proches
Entretien soutien ponctuel
Entretien aide structurée
Recueil des données
Infos
Réunion équipe pluridisciplinaire
Thérapie familiale
Observation écrite

H. Actions extra

VAD

Consultations

Démarches sociales

Appart. Thérapeutique

Transfert

Mission ponctuelle

Récupération fugue