

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Filière EDH**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **novembre 2008**

---

**Les stratégies d'attractivité et de  
fidélisation du personnel en milieu  
hospitalier : l'exemple de la profession  
infirmière en gériatrie aux Hospices  
Civils de Lyon**

---

**Isabelle RICHARD**



---

## **Remerciements**

---

Je les adresse à l'ensemble de l'équipe de direction, et en particulier à Alain Chalochet, Directeur du Groupement pour l'idée qu'il a eu et son intérêt communicatif pour ce thème, à Léopoldine Robitaille, Directrice référente ressources humaines du Groupement, pour ses conseils et son appui sur ce projet, ainsi qu'à Patrick Deniel, Directeur adjoint du Groupement, pour son professionnalisme dans l'encadrement de ce stage.

Je souhaite aussi remercier Ghislaine Poyard-Berger, Conseillère conditions de travail, dont les observations avisées et la connaissance approfondie du sujet m'ont permis de me l'approprier plus rapidement, ainsi que Renée Chaury, Coordinatrice des Soins, notamment pour sa connaissance précieuse de l'historique des sites.

Mes remerciements s'adressent également à Laurent Gauchard, Directeur du personnel adjoint, ainsi qu'aux personnes qui m'ont aidée dans la phase de collecte de données, en particulier Phrem Khouary, Josiane Théron, Anne-Marie Galland et Raymonde Bouteille.

Enfin, je tiens à remercier les infirmières rencontrées au cours du premier stage hospitalier, qui ont accepté de prendre du temps pour parler de leur métier, et tout particulièrement l'équipe de soins palliatifs des Charpennes.

---

# Sommaire

---

<b><u>INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>1 UN PROBLÈME DE RECRUTEMENT RÉCURRENT AUQUEL RÉPONDENT DES SOLUTIONS D'URGENCE DEVENUES POUR PARTIE PRÉJUDICIALES AU GROUPEMENT.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
1.1 UN PROBLÈME DE RECRUTEMENT NON SPÉCIFIQUE MAIS PARTICULIÈREMENT AIGU SUR LE GROUPEMENT DE LA GÉRIATRIE.....	4
1.1.1 <i>Une difficulté généralisée?</i> .....	4
1.1.2 <i>Diagnostic du problème au niveau du GHG</i> .....	14
1.2 LES PREMIÈRES SOLUTIONS D'URGENCE MISES EN PLACE : LES LIMITES D'UNE APPROCHE PUREMENT QUANTITATIVE DU RECRUTEMENT.....	19
1.2.1 <i>Les premières solutions adoptées</i> .....	19
1.2.2 <i>L'adéquation des solutions retenues aux problèmes constatés sur le groupement</i> .....	25
<b><u>2 CONSTRUCTION ET MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE LOCALE DE FIDÉLISATION DU PERSONNEL : POUR UNE APPROCHE QUALITATIVE DU RECRUTEMENT ET DE L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS.....</u></b>	<b><u>29</u></b>
2.1 LA CONSTRUCTION AU NIVEAU DU GROUPEMENT D'UNE STRATÉGIE D'ATTRACTIVITÉ ET DE FIDÉLISATION DU PERSONNEL INFIRMIER.....	29
2.1.1 <i>La logique inspirant le plan d'action</i> .....	29
2.1.2 <i>Le contenu du plan d'action</i> .....	35
2.2 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE D'ATTRACTIVITÉ ET DE FIDÉLISATION DU PERSONNEL : PREMIERS ENSEIGNEMENTS TIRÉS.....	39
2.2.1 <i>Les actions mises en œuvre</i> .....	39
2.2.2 <i>Les difficultés posées et les premiers enseignements tirés</i> .....	44
<b><u>3 D'UNE POLITIQUE DE RECRUTEMENT ET DE FORMATION MIEUX ADAPTÉES À UNE STRATÉGIE D'ATTRACTIVITÉ PAR L'AMÉLIORATION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL.....</u></b>	<b><u>49</u></b>
3.1 LA DÉTERMINATION DES LEVIERS D' ACTIONS À PARTIR DES DIFFÉRENTS TRAVAUX MENÉS SUR LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES INFIRMIERS.....	49
3.1.1 <i>L'apport des études menées sur les déterminants de la satisfaction au travail chez les infirmiers</i>	49
3.1.2 <i>Diagnostic des leviers d'action du Groupement de la Gériatrie en matière de satisfaction des infirmiers au travail</i> .....	54
3.2 PROPOSITIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE D'ATTRACTIVITÉ PAR LA SATISFACTION AU TRAVAIL.....	58
3.2.1 <i>Placer la personne au centre du processus de recrutement et d'intégration</i> .....	58
3.2.2 <i>Mettre en mouvement</i> .....	61

<i>3.2.3 Prendre acte des difficultés spécifiques au travail en gériatrie et renforcer le soutien social de l'institution auprès des professionnels.....</i>	<i>62</i>
<i>3.2.4 Communiquer sur les atouts en adoptant une stratégie de différenciation.....</i>	<i>62</i>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>64</u></b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## Introduction

La difficulté à recruter du personnel infirmier en nombre suffisant fait partie des difficultés quotidiennes de bon nombre d'établissements. Le thème de la pénurie infirmière est d'ailleurs abondamment commenté dans la littérature hospitalière. Pourtant les politiques de fidélisation du personnel sont encore assez peu étudiées en tant que telles, dans le champ des ressources humaines. Si la question est plus souvent abordée concernant l'entreprise, c'est le plus souvent sous la forme d'un chapitre consacré à la question dans un manuel de ressources humaines, à l'exception d'un ouvrage paru sur la question en 2004<sup>1</sup>. Quant au monde hospitalier, le thème fait l'objet d'un intérêt récent, mais principalement concernant la profession infirmière, et de la part de directeurs des soins<sup>2</sup>.

Dans le secteur privé, la fidélisation est « en train de s'imposer comme l'un des thèmes les plus importants de la gestion des ressources humaines »<sup>3</sup>, dans une situation où la rareté de la main d'œuvre qualifiée devient la norme, et où le fait de disposer de ces compétences constitue un avantage concurrentiel.

L'intérêt d'une telle politique apparaît tout aussi évident dans le cadre d'un établissement de santé, dont l'activité, et donc une partie des recettes, sont conditionnées par la capacité à faire fonctionner les unités de soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes, et donc à disposer du personnel nécessaire. Dans la situation fortement concurrentielle qui est celle du marché de l'emploi des professionnels de santé, la capacité à attirer des professionnels compétents, et à les garder est donc essentielle.

Alors que la fidélisation renvoie à « l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés »<sup>4</sup>, l'attractivité se situe plus en amont, renvoyant aux moyens de les amener à candidater et à accepter un poste dans l'établissement concerné. Les politiques d'attractivité et de fidélisation sont donc relativement proches l'une de l'autre, dans la mesure où il s'agit de donner envie au professionnel de travailler dans l'établissement. La différence réside dans le fait que, alors que l'attractivité peut se permettre de jouer davantage ou uniquement sur l'image pour recruter un professionnel, la fidélisation n'a pas d'autre choix que d'agir réellement sur la qualité des relations de travail pour garder le salarié.

---

<sup>1</sup> P. PAILLE, La fidélisation des ressources humaines, Paris : Economica, 2004.

<sup>2</sup> Voir notamment C. SLIWKA, Turn-over des infirmières en Ile-de-France : Quelles stratégies des directeurs des soins pour recruter et fidéliser ?, Mémoire ENSP, 2005.

<sup>3</sup> P. PAILLE, préc.

<sup>4</sup> J.M. PERETTI, cité par P. Paillé, préc.

L'arrivée en stage au moment où un plan d'action visant à fidéliser davantage le personnel infirmier allait être mis en place sur le Groupement hospitalier de la Gériatrie, offrait l'occasion idéale pour s'intéresser à la question.

Le Groupement Hospitalier de la Gériatrie (GHG), créé en 2004, comprend au sens strict cinq établissements (l'hôpital Gériatrique Antoine Charial, l'hôpital Gériatrique Pierre Garraud, la Fondation Bertholon Mourier, l'hôpital Gériatrique des Charpennes, l'hôpital Gériatrique du Val d'Azergues), auquel on peut rajouter les 3 services de gériatrie situés sur des sites multidisciplinaires, qui font partie du Pôle d'activité médicale de gériatrie mis en place cette année (pavillon R1 du Groupement Hospitalier Edouard Herriot, pavillon Michel Perret et pavillon Central 2<sup>ème</sup> étage du Centre Hospitalier Lyon Sud, et Hôpital Gériatrique Dr F. Dugoujon du Groupement Hospitalier Nord).

Face au constat de dysfonctionnements régulièrement évoqués par les acteurs, concernant tant la difficulté à recruter des infirmières en gériatrie, que de l'obligation de remanier constamment les équipes du fait des nombreux départs, l'objectif a été de comprendre pourquoi le Groupement hospitalier de la Gériatrie rencontrait ces difficultés à recruter et à garder le personnel infirmier, de manière à participer à leur résolution.

Le positionnement a dès le départ été un peu atypique, dans la mesure où il s'agissait à la fois de comprendre et vérifier les hypothèses formulées par le Groupement préalablement à mon arrivée, et d'autre part de participer à la mise en œuvre du plan d'action, avec un regard extérieur, afin d'analyser les difficultés rencontrées, et de dégager éventuellement des pistes d'action complémentaires.

Le Groupement s'était basé, pour mettre au point le plan d'action, sur une enquête qualitative menée par les conseillères conditions de travail, montrant la manière dont le travail infirmier en gériatrie était perçu par les jeunes professionnels ; en outre, deux autres études qualitatives, à partir d'entretiens et de questionnaires, avaient déjà été menées sur le Groupement de la Gériatrie, l'une sur les sources de satisfaction des infirmières en gériatrie sur l'un des hôpitaux gériatrique du Groupement, et l'autre sur l'attractivité du travail dans un autre site du Groupement.

La méthode adoptée a donc consisté à :

- Essayer d'objectiver les constats effectués à partir de phénomènes ressentis, par une recherche statistique ;
- Rapprocher les chiffres obtenus de chiffres nationaux ou régionaux, par une lecture des rapports sur la question, afin de déterminer dans quelle mesure les problèmes de recrutement et de rotation du personnel rencontrés par le groupement sont dû à son attractivité, ou à celle de la profession, de la situation nationale du marché de l'emploi, ou de l'attractivité géographique ;
- Comprendre les différentes politiques successives mises en place par les Hospices Civils de Lyon pour faire face aux besoins en personnel infirmier des sites, dans une

situation décrite comme « de pénurie » depuis une dizaine d'année ; cette recherche s'est faite au moyen d'entretiens avec les acteurs et de la consultation des archives de la Direction centrale du Personnel.

- Comprendre les choix retenus par le Groupement de la Gériatrie, par rapports à ceux d'autres établissements menant des démarches similaires, et comprendre en quoi la politique des ressources humaines peut avoir un impact sur l'attractivité ; cela a été possible grâce à des entretiens avec les acteurs, et une revue de la littérature sur la question ;
- Vérifier l'adéquation de ces choix par rapports aux problèmes identifiés, et observer les réussites et les difficultés dans la mise en œuvre, au moyen de l'observation directe.
- Participer à la formalisation de la démarche, et à sa mise en application, par l'élaboration de tableaux de bords et la coordination d'actions.

Le problème de recrutement infirmier récurrent auquel doit faire face le groupement de la Gériatrie depuis quelques années a nécessité la mise en place de solutions d'urgence devenus pour partie inadéquates (**partie 1**). Il a donc fallu inventer des solutions nouvelles, reposant davantage sur une politique de fidélisation « positive » et d'attractivité, construites à partir de l'analyse du discours des infirmiers eux-mêmes. L'observation et la participation à sa mise en œuvre, commencée cette année, permettent d'en tirer les premiers enseignements concernant les difficultés et conditions de réussite d'une telle démarche (**partie 2**). Les efforts entrepris, dont il est encore trop tôt pour pouvoir mesurer les résultats, vont dans le même sens que d'autres démarches, et semblent pouvoir être intégrés dans une démarche plus large d'attractivité par la satisfaction au travail (**partie 3**).

# **1 Un problème de recrutement récurrent auquel répondent des solutions d'urgence devenues pour partie préjudiciables au Groupement**

Face à un problème de recrutement du personnel infirmier constaté sur différents sites des Hospices civils de Lyon et de façon plus aigue encore sur le Groupement de la Gériatrie, les différents responsables des ressources humaines, ont été amenés à adopter un certain nombre de mesures. Ces solutions ont été mises en place au niveau central comme au niveau local, et souvent dans l'urgence ; alors que la situation du marché de l'emploi s'améliore, il est possible aujourd'hui d'en dresser le bilan.

## **1.1 Un problème de recrutement non spécifique mais particulièrement aigu sur le Groupement de la gériatrie**

Afin d'être en mesure de diagnostiquer correctement la situation au niveau du groupement, il importe de replacer le problème du recrutement infirmier dans son contexte national et local. La situation du marché de l'emploi infirmier montre en effet que ces difficultés sont loin d'être isolées, mais qu'elles s'y posent de façon plus aigue.

### **1.1.1 Une difficulté généralisée?**

Il convient d'examiner la situation des années 2000, puis la situation actuelle.

#### **A) La situation du marché de l'emploi infirmier au cours des années 2000 en France : des difficultés de recrutement plus qu'une véritable pénurie**

##### **1) La pénurie d'infirmières au niveau national, un sentiment partagé qui reste difficile à objectiver**

« Les solutions d'urgence à la pénurie d'infirmières »<sup>5</sup>, « la pénurie : un séisme profitable ? »<sup>6</sup>, « pénurie d'infirmières : la course contre la montre »<sup>7</sup>, « Comment faire face à la pénurie de main d'œuvre ? »<sup>8</sup>, « les réponses du privé à la pénurie d'infirmières »<sup>9</sup>, « Quelles solutions à la pénurie des personnels de santé »<sup>10</sup> : le thème de la pénurie d'infirmières est fréquemment abordé dans la littérature hospitalière, et sur un mode souvent alarmiste, au cours des dix dernières années.

Le phénomène n'est pas nouveau puisqu'un auteur<sup>11</sup> relève que dès les années 1970 paraissent des articles tels que « Les infirmières hospitalières sont-elles en voie de

<sup>5</sup> Techniques hospitalières, nov. 2001, n°661.

<sup>6</sup> Objectifs soins, mai 2002, n°106, p. 16.

<sup>7</sup> Soins, avril 2003, n°674, p. 7.

<sup>8</sup> La gazette santé-social, mai 2004, n°6, p. 13.

<sup>9</sup> Objectif soins, jan. 2006, n°142, p.6.

<sup>10</sup> Le progrès, 7 avril 2006.

disparition ? » (1973), « La pénurie de personnel infirmier : un problème insoluble ? » (1975), ou « Mais où passent les jeunes infirmières ? » (1983).

Le thème continue à être abordé en 2005 et 2006, de façon toutefois un peu différente (« De la pénurie en personnel infirmier à la valorisation de la ressource infirmière »<sup>12</sup>, « Personnels infirmiers : après la pénurie, l'heure de choix »<sup>13</sup>, « emplois : de l'embarras du choix à la fin de la pénurie »<sup>14</sup>) ; cette modification témoigne du fait que les acteurs ont conscience que la situation s'améliore, sans toutefois remettre en cause de l'existence d'une pénurie dans les années 2000.

Ce sentiment n'est pas propre au système de santé français, puisque de nombreux articles sont consacrés à la question par des auteurs Belges, Canadiens, Américains, notamment. Si la pénurie de personnel infirmier est une réalité peu contestable dans certains pays<sup>15</sup>, la situation est assez délicate à apprécier et objectiver en France.

La difficulté tient notamment au fait qu'il n'y a pas d'indicateur fiable au niveau national permettant d'apprécier les difficultés de recrutement, tel que le taux de vacance de postes<sup>16</sup>. Une estimation parle d'environ 12000 postes infirmiers vacants en 2003, et 15000 en 2005, ce qui rapporté au nombre d'infirmiers salariés du secteur public, amènerait à un taux de vacances de 4,5% pour 2003<sup>17</sup>.

Si l'on considère les données de l'ARH Ile-de-France sur la question<sup>18</sup>, 2697 postes (ETP) étaient vacants dans les établissements hospitaliers de la région, soit 5% de l'effectif global. Toutefois, pour la seule profession IDE (hors ISP, PDE, IADE, IBODE et cadres de santé), ce chiffre est de 1075 postes vacants, soit 3% de l'effectif de cette catégorie d'emploi. En outre, si l'on tient compte de la catégorie d'établissement, aucun poste vacant n'a été recensé pour les IDE à l'AP-HP ; les établissements principalement concernés sont les établissements privés (taux de postes vacants de 14% pour les IDE), les établissements privés PSPH (7%), et les établissements publics hors AP-HP (3%).

Or, eu égard à la mobilité inévitable des personnels (qui fait que les établissements fonctionnent le plus souvent dans les faits avec 5% au moins de postes d'infirmiers non pourvus), certains auteurs considèrent qu'il y a lieu de parler de difficultés de recrutement

---

<sup>11</sup> W. HESBEEN, Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France, ENSP, Rennes, 1993.

<sup>12</sup> Soins, Déc. 2006, n°711, p.82.

<sup>13</sup> Le progrès, 21 novembre 2005.

<sup>14</sup> Soins, Jan-fev., Supplément au n°692.

<sup>15</sup> Les taux de vacances atteignaient 20% des postes en 2000 au Royaume-Uni, malgré deux plans d'actions nationaux. Des difficultés importantes sont également constatées aux Etats-Unis, au Canada, en Australie.

<sup>16</sup> Cour des Comptes, Rapport public thématique, Les personnels des établissements publics de santé, mai 2006.

<sup>17</sup> Rapport ONDPS, 2005.

<sup>18</sup> Enquête ARH-IF/CRAM-IF, Les effectifs infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région Ile-de-France, avril 2002.

à partir de ce seuil, et de véritable pénurie à partir d'un taux de postes vacants atteignant 10%<sup>19</sup>.

Dans tous les cas, il importe de bien préciser de quel besoin on parle, pour justifier l'idée de pénurie ou de difficulté de recrutement. Il faut notamment différencier le besoin exprimé ou ressenti en personnel infirmier, de la réalité du nombre de postes budgétés mais vacants. L'approche en termes de postes vacants est évidemment restrictive, mais la prise en compte des besoins « ressentis » comporte le risque d'être beaucoup trop subjective. La confusion qui est souvent faite entre les deux peut également expliquer cette requalification fréquente des difficultés de recrutement en pénurie, traduisant alors plus un certain « malaise » infirmier qu'une réelle pénurie mathématique.

## **2) Une situation paradoxale qui génère un sentiment de pénurie**

Alors que les effectifs n'ont cessé d'augmenter au cours des années 2000, les difficultés de recrutement ont été et restent réelles, du fait de l'accroissement plus important encore du besoin de main d'œuvre sur cette même période.

### **a) L'augmentation constante et soutenue du nombre d'infirmiers en activité**

Le nombre d'infirmiers en activité n'a cessé de croître, et à un rythme soutenu, depuis les années 1970, passant de 246 000 en 1980 à 446 000 en 2004. Malgré un épisode de croissance ralentie au milieu des années 1990, les infirmiers en activité sont aujourd'hui environ 3 fois plus nombreux qu'il y a 30 ans. Plus significatif encore, les effectifs infirmiers ont augmenté beaucoup plus vite que l'emploi total : l'ensemble des actifs occupés a augmenté de 9,7% de 1985 à 2000, contre 33,8% d'augmentation pour les effectifs infirmiers sur la même période<sup>20</sup>. Enfin, cette progression des effectifs infirmiers vaut également une fois ramenée au nombre de lits d'hospitalisation ouverts : on est en effet passé de 22 infirmiers pour 100 lits en 1985 à 43 infirmiers pour 100 lits en 1999 ; dans le secteur privé, on est passé de 18 à 34 infirmiers pour 100 lits sur la même période. Cette progression des effectifs infirmiers devrait selon les projections se poursuivre, à un rythme moindre, d'ici à 2020<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Mc Kibbin, cité par HESBEEN W., préc.

<sup>20</sup> Enquête CREDES, 2001, Paris.

<sup>21</sup> Rapport Berland, source DREES.

## **b) Une augmentation du nombre de professionnels sans cesse inférieure à celle de la demande**

Un déséquilibre durable s'est en effet installé sur le marché du travail, au cours des années 2000, concernant la profession infirmière. Le nombre d'offre excédait ainsi le nombre de demandes de plus de 30% en 2000<sup>22</sup>, et il y avait en 2002 1,7 offres pour 1 demande d'emploi seulement. Dans le cadre d'une enquête menée auprès des employeurs sur les besoins en main d'œuvre par profession, celle d'infirmier arrive en première position à partir de 2003, devant les professionnels du bâtiment<sup>23</sup>.

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation spectaculaire de la demande d'emploi infirmier :

- 1) **L'augmentation tendancielle des besoins en soins**, en particulier ceux aux personnes âgées en perte d'autonomie, en lien avec l'évolution démographique ;
- 2) **Les départs massifs à la retraite** dans la profession : le taux d'accroissement annuel des départs en retraite des infirmiers de la fonction publique est en effet passé de +4% en 1998 à +13% en 2001, et le phénomène va se poursuivre ; l'âge moyen infirmier est passé de 34 ans en 1981 à 42,6 ans en 2005, et on estime qu'environ 50% des infirmiers qui étaient en activité en 2004 seront partis à la retraite d'ici 2015, avec un pic en 2012<sup>24</sup> ;
- 3) **La diminution du potentiel de travail à effectifs équivalents**, pour deux raisons :
  - **Le développement du temps partiel**, dont l'importance a doublé en 15 ans, et qui concernait autour de 22% des infirmiers en 2004 ;
  - **L'impact de la réduction du temps de travail** (introduite en 2002 pour les établissements publics), qui a provoqué un besoin en effectifs massif et immédiat, qui n'a pu être absorbé tout de suite par les nouvelles promotions formées ;
- 4) **L'évolution du contenu du travail infirmier**, liée notamment au raccourcissement des durées de séjour, à l'importance croissante de certaines tâches (protocoles, démarche qualité, sécurité, traçabilité, ...).

## **c) Des difficultés aggravées par une diminution de l'offre ?**

Concernant l'incidence souvent évoquée d'une baisse d'attractivité de la profession infirmière elle-même, le phénomène reste difficile à objectiver, notamment du fait de la difficulté là encore à trouver des indicateurs pertinents.

Certains éléments, recueillis dans le cadre d'enquêtes portant sur des phénomènes ressentis vont en ce sens. Les conditions de travail sont notamment ressenties comme plus éprouvantes par les infirmiers que par l'ensemble des salariés (contraintes horaires, pénibilité physique, sentiment de responsabilité, pression des rythmes et délais de travail,

<sup>22</sup> Rapport IGAS, 2004, La gestion des âges dans le secteur sanitaire et social.

<sup>23</sup> Enquête CREDOC-UNEDIC, août 2003.

<sup>24</sup> Ministère de la santé, 2003, Etude du sur les effectifs de la fonction publique hospitalière.

poids de la hiérarchie)<sup>25</sup>. De même, dans le cadre de l'enquête PRESST-NEXT, 15,7% des infirmiers interrogés (échantillon représentatif au niveau national) ont déclaré penser souvent à quitter leur profession.

Le constat, fait par le ministère de la santé en 2001 (préalablement à la mise en place du dispositif de retour à l'emploi) que plus de 50 000 infirmiers de moins de 45 ans auraient cessé leur activité professionnelle depuis au moins 5 ans, pourrait également laisser penser qu'il y a une baisse d'attractivité de la profession elle-même. Mais ces comportements sont-ils nouveaux, ou du moins plus fréquent qu'avant, et sont-ils surtout liés à une baisse d'intérêt pour la profession, qui serait due notamment à une moindre satisfaction au travail? Dans le cas où la profession aurait bel et bien enregistré une baisse d'attractivité auprès des nouvelles générations, l'impact de l'image que la profession a d'elle-même, et des termes négatifs appliqués à l'hôpital public (tels que désenchantement, crise, déclin, ...) ou aux professions de santé (malaise, souffrance, dévalorisation, déshumanisation,..) n'est en outre pas évident à déterminer<sup>26</sup>.

Si l'on prend en compte les quelques éléments objectifs disponibles, il n'est pas facile d'en tirer des conclusions claires :

- Le taux de déperdition des étudiants en cours de formation d'infirmier<sup>27</sup> est en effet important au niveau national (il atteint environ 20% depuis 2003), et semble augmenter (il était de 17% en 1998), mais les variations annuelles (14% en 2000 ; 16% en 2001 et 2002), et surtout régionales (le taux peut aller jusqu'à 29% dans certaines régions) sont très importantes ;
- Le constat a été fait qu'un certain nombre de places n'avaient pas été pourvues au moment de l'augmentation des quotas (10% des places non pourvues en 2000 ; 6% en 2003), mais ces difficultés n'ont pas perduré, et étaient essentiellement concentrées sur quelques régions ;
- Concernant l'âge moyen de départ en retraite pour les infirmiers salariés, celui-ci était de 56 ans dans le secteur public en 2001<sup>28</sup>, ce qui traduit une durée de vie professionnelle un peu plus courte que la moyenne toutes professions confondues ; cet âge est néanmoins à mettre en lien avec les possibilités réglementaires de départ et ne traduit pas dans tous les cas, une fuite massive<sup>29</sup>.

Enfin, selon une étude de la DREES<sup>30</sup>, menée auprès d'une cohorte de jeunes infirmiers diplômés en 1998, 76,8% d'entre eux pensent qu'ils sont embauchés à un niveau qui correspond à leurs compétences, et cette proportion est la même 5 ans plus tard. Seuls

<sup>25</sup> R. LE LAN, D. BAUBEAU, Les conditions de travail perçues par les professionnels de santé, Etudes et résultats, DREES, août 2004.

<sup>26</sup> J.P. WAGNER, 2007, L'image que la profession infirmière a d'elle-même, Soins infirmiers, n°3, p. 45.

<sup>27</sup> Rapport ONDPS 2005.

<sup>28</sup> DREES, Etudes et Résultats n°169, avril 2002, Source enquête emploi INSEE.

<sup>29</sup> Rapport IGAS, préc.

<sup>30</sup> DREES, Etudes et résultats, n°393, avril 2005, source Céréq.

7,8% d'entre eux estiment que leur emploi ne leur permet pas de se réaliser professionnellement. Ils sont en revanche 36,1% à penser qu'ils sont mal ou très mal payés compte tenu du travail qu'ils fournissent. Seuls 6,8% d'entre eux manifestent l'envie de changer d'emploi au bout des 5 ans d'exercice de la profession. L'analyse des réponses montre que les infirmiers satisfaits de leur emploi travaillent plus souvent dans le secteur public et à temps complet.

#### **d) L'influence de la mobilité des professionnels**

Le sentiment de pénurie éprouvé par les acteurs ces dernières années peut également s'expliquer par les taux de rotation importants du personnel infirmier qui affectent certains établissements et secteurs, et impliquent de recruter en permanence de nouveaux professionnels. On observe notamment une accélération des flux d'arrivée vers le secteur hospitalier public en 2001, avec des flux de départs qui augmentent également, ce qui aboutit à peu près à un équilibre ; de façon plus précise, sur les 210 000 infirmiers de l'hôpital public, 11% n'y travaillaient pas l'année précédente, et 9% n'y travaillaient plus l'année suivante<sup>31</sup>.

- Le taux de départ à la retraite augmente depuis 1993, avec une accélération particulièrement marquée pour la profession infirmière.

- Il semblerait qu'il y ait également une modification de la mobilité (entre les divers sous-secteurs sanitaires et sociaux, entre les établissements), même si cette augmentation reste encore difficile à objectiver<sup>32</sup>, et sans qu'on soit sûr que cela touche spécifiquement la profession infirmière.

### **B) La situation actuelle**

Elle se caractérise par une amélioration au niveau global, avec en même temps le maintien de difficultés sectorielles importantes.

#### **1) Un déséquilibre du marché du travail en voie de résorption**

##### **a) Les mesures prises par les pouvoirs publics dans les années 2000**

Face aux besoins toujours plus importants en personnel infirmier, un certain nombre de mesures ont été adoptées, simultanément ou successivement :

- **La régulation par les quotas** a permis d'augmenter substantiellement le nombre de diplômés, en trois étapes : le nombre de places en instituts de formation est passé d'environ 18 000 (1999) à 24 000 en 2000, puis 26500 en 2002, et enfin 30 000 en 2003. Cette politique de relèvement important et sans lissage des quotas, après une période de sous-estimation des besoins (baisse des quotas à la fin des années 1990

---

<sup>31</sup> DREES, Etude et résultats n°169, avril 2002.

<sup>32</sup>Rapport IGAS, Préc..

pour des motifs budgétaires) aura toutefois produit un déséquilibre durable de la pyramide des âges.

- **Le dispositif de retour à l'emploi** d'infirmiers ayant arrêté prématurément leur carrière, mis en place en septembre 2001, suite au constat que plus de 50 000 infirmières de moins de 45 ans auraient cessé leur activité professionnelle depuis au moins 5 ans, n'a pas permis d'effectuer un nombre très significatif de recrutements (70 recrutements effectués fin 2002); cela s'expliquerait notamment par l'inadéquation entre les postes proposés, et les choix personnels et familiaux des personnes concernées<sup>33</sup>.

- **Le recours ponctuel à des non nationaux**, en particulier le dispositif de recrutement d'infirmiers espagnols, mis en œuvre de 2002 à 2004, s'est avéré plutôt positif même si là encore d'une ampleur limitée (643 infirmiers recrutés ; taux de retour dans les 2 ans évalué à 8% fin 2003). Le nombre relativement bas d'offres proposées par les établissements, traduisant probablement les réelles difficultés sur le terrain à intégrer durablement ces professionnels (climat, langue), a toutefois conduit à mettre fin au dispositif fin 2004<sup>34</sup>.

- **L'augmentation substantielle de l'effort de financement en matière de promotion professionnelle** a également permis d'augmenter significativement le nombre de diplômés sortants.

La création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) en 2003, chargé de mettre en place des outils statistiques fiables, et d'assurer un rôle de veille et d'alerte, manifeste également la volonté de pouvoirs publics de mieux anticiper les évolutions.

## **b) Les perspectives d'évolution**

Prenant en compte l'impact de ces mesures, en particulier celle de l'augmentation importante du nombre de places en IFSI, qui commence à produire des effets significatifs depuis 2006 notamment, et les perspectives de départ à la retraite, les rapports publiés sur la situation actuelle et prospective des effectifs infirmiers annoncent la fin proche du déséquilibre sur le marché de l'emploi infirmier au niveau national.

Les hypothèses formulées sont d'un degré d'optimisme variable, et sont fréquemment réajustées, mais le scénario le plus souvent retenu est celui d'une adéquation entre les besoins et le nombre d'infirmiers en activité à partir de fin 2007, du fait d'un accroissement des effectifs au-delà du renouvellement des départs en retraites (qui s'accroissent).

---

<sup>33</sup> Cour des comptes, Rapport public thématique, Les personnels des établissements publics de santé, mai 2006.

<sup>34</sup> Cour des comptes, préc.

L'office national de la démographie des professions de santé se base ainsi dès 2004 sur l'hypothèse d'une augmentation de 33% des effectifs de 2003 à 2020 (soit 1,7% en moyenne annuelle), après une période de croissance particulièrement soutenue des effectifs de 2000 à 2005 (3,4% en moyenne annuelle), pour affirmer « les difficultés de recrutement constatées aujourd'hui par les établissements hospitaliers devraient diminuer et être résorbées d'ici quelques années ». Le rapport de 2005 confirme ce scénario, en précisant toutefois que si la plupart des besoins pourraient être satisfaits d'ici fin 2007, cette amélioration se produirait plutôt en 2008 dans les régions les plus déficitaires, et n'excluait pas la persistance de déséquilibres dans certaines spécialités.

L'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport de 2004<sup>35</sup> nuance néanmoins ces projections optimistes, estimant que la mesure approximative de certains paramètres exogènes (impact des 35h, impact du renforcement de la réglementation), et les nécessaires incertitudes concernant l'évolution du comportement des nouvelles générations d'infirmiers (durée moyenne des carrières, mobilité, recours au temps partiel) ne permettent pas de quantifier précisément les besoins en renouvellement, et donc d'être certain que la croissance des effectifs suffira à les compenser.

## **2) La persistance de difficultés sectorielles ou géographiques très marquées**

### **a) Une situation de plein emploi qui induit une mobilité professionnelle importante et une concurrence forte entre établissements**

La situation actuelle de l'emploi infirmier, durablement caractérisée par un chômage quasi inexistant (temps d'accès moyen à l'emploi de 0,7 mois<sup>36</sup>), constitue un contexte extrêmement favorable pour les professionnels de santé. Comme le fait remarquer l'IGAS, elle « confère aux salariés et en particulier aux entrants sur le marché du travail un pouvoir de négociation important », leur donnant la possibilité d'obtenir aisément la zone géographique, l'établissement, ou la spécialité de leur choix.

Cette situation atypique, qui traduit une véritable « inversion du processus classique de recrutement »<sup>37</sup>, a deux conséquences importantes :

- Un **taux de rotation** du personnel dans les établissements qui, même s'il reste difficile à mesurer avec précision, semble relativement élevé, avec des pics dans certains secteurs ou établissements, ce qui est souvent interprété comme une forme nouvelle de « nomadisme » ;
- Une **désaffectation de certains secteurs ou zones géographiques** assez marquée.

---

<sup>35</sup> Rapport IGAS, préc.

<sup>36</sup> DREES, Etudes et résultats, n°393, avril 2005, source Céréq.

<sup>37</sup> L. DE MONTALEMBERT, La pénurie : un séisme profitable ?, Objectifs soins, mai 2002, n°106.

## b) Les composantes de l'attractivité d'un établissement

Si l'on écarte la question de l'attractivité de la profession infirmière elle-même, l'attractivité d'un établissement ou service, qui détermine sa capacité à recruter des infirmiers en nombre suffisant, peut être regardée comme résultant de quatre facteurs :

### - L'attractivité du secteur d'exercice :

Cette attractivité varie notamment en fonction de l'importance des rémunérations accordées, des possibilités de combiner harmonieusement vie privée et vie professionnelle, ainsi que de se réaliser professionnellement.

L'analyse des mouvements d'entrée et de sortie affectant le **secteur hospitalier public** en 2001<sup>38</sup> montre une augmentation des arrivées en provenance du secteur hospitalier **privé** et des établissements sociaux (environ 12 000 en 2001, soit 8% des effectifs). Mais cette augmentation est équilibrée globalement par des départs infirmiers vers d'autres secteurs d'activité en augmentation également (ces départs sont passés de 4% des effectifs en 1997 à 6% en 2001), avec toutefois un solde légèrement positif.

Une autre étude<sup>39</sup> montre que le secteur public reste fortement attractif auprès des jeunes diplômés et en particulier concernant la première embauche<sup>40</sup>. La proportion d'infirmiers diplômés en 1998 ayant travaillé dans le secteur public dès le premier poste est ainsi de 49% ; 66,1% d'entre eux travaillent dans le secteur public au bout de 5 ans. En outre ceux qui en occupé plusieurs emplois au cours des 5 ans ayant suivi l'obtention du diplôme sont plus souvent passés du secteur hospitalier privé vers le secteur public.

Concernant l'attractivité du **secteur libéral**, il semble que le nombre d'infirmiers libéraux s'accroisse fortement dès la quatrième année suivant le diplôme, ce qui est logique puisque l'exercice libéral n'est autorisé qu'au bout de 3 années d'expérience. Environ 4% des infirmiers diplômés en 1998 avaient choisi d'exercer en libéral au bout de 5 ans, ces personnes exerçant auparavant moins souvent dans le secteur public ; au bout de 5 ans, 10% des infirmiers du secteur privé et 6,6% du secteur public envisageaient cette possibilité.

On constate enfin une attractivité croissante de l'**intérim**, notamment pendant les premières années d'exercice. La part des infirmiers diplômés en 1998 exerçant en tant qu'intérimaire pour leur premier emploi était ainsi de 5,8%. Ce mode d'exercice a tendance à devenir un véritable choix, en particulier chez les jeunes infirmières. Les raisons avancées par les infirmiers sont notamment la liberté permise dans l'organisation du planning et des périodes de congés, une moindre pression par rapport aux supérieurs hiérarchiques, le souhait d'éviter la routine, une volonté de mieux choisir l'établissement où se faire embaucher, et les avantages financiers.

<sup>38</sup> DREES, Etude et résultats n°169, avril 2002.

<sup>39</sup> DREES, Etudes et résultats n°393, avril 2005.

<sup>40</sup> Rapport ONDPS 2005.

### - L'attractivité de la zone géographique :

Celle-ci est déterminée notamment par le caractère agréable du cadre de vie et l'accès à des services essentiels. Deux indicateurs montrent que les difficultés de recrutement sont très inégales d'une zone géographique à l'autre :

- Le **taux d'installation en dehors de la région de formation** à l'issue de celle-ci est ainsi très faible concernant les régions Bretagne, PACA, Midi Pyrénées ; il est en revanche élevé en Picardie, en Lorraine et en Ile-de-France (en 2001, 12% des infirmiers formés en région parisienne ont choisi d'aller travailler en province à l'obtention de leur diplôme). Les différences infrarégionales peuvent également être très importantes (20% de départs en moyenne pour la région Lorraine, mais 94% pour le département de la Meuse). Enfin, des difficultés particulières existent pour certaines zones frontalières, tels que le département de Haute-Savoie, qui connaît une fuite massive de ses nouveaux diplômés vers la Suisse, où les salaires sont plus élevés.

- La **difficulté à pourvoir les quotas de places autorisés** dans les IFSI est particulièrement élevée à la Réunion, dans le département Nord-Pas de Calais, et en région Ile-de-France.

Des dispositifs spécifiques d'allocation d'étude financés par les conseils régionaux, sont le plus souvent mis en place afin de répondre à ces difficultés territoriales spécifiques (Haute Normandie, Limousin<sup>41</sup> notamment).

### - L'attractivité de l'établissement ou du service, en fonction de son profil d'activité :

Selon l'IGAS, cette concurrence entre établissements avantage nettement « les gros hôpitaux publics », et les « services suscitant le plus grand engouement chez les jeunes diplômés (urgences, services à forte technicité) », « au détriment d'établissement du secteur social ou médico-social, et de services à fort degré de responsabilité (néonatalogie, gériatrie) ».

Les quelques chiffres disponibles tendant à objectiver ce sentiment largement partagé par les acteurs. Trois types d'établissements semblent avoir des difficultés persistantes à recruter :

- Les **établissements à orientation gériatrique** : concernant le secteur hospitalier gériatrique, les chiffres de l'AP-HP font état d'un taux de postes vacants (toutes catégories d'infirmiers confondues, hors cadres de santé) oscillant entre 18 et 34% en 2003, contre 7% en moyenne dans les autres établissements<sup>42</sup> ; dans le secteur

<sup>41</sup> Hospimedia, L'ARH et le conseil régional du Limousin favorisent l'installation en région, brève du 24/09/2007 : « allocation fidélité santé ».

<sup>42</sup> M. CHABOISSIER, De la pénurie en personnel infirmier à la valorisation de la ressource infirmière, Soins, n°711, décembre 2006.

social et médico-social à destination des personnes âgées (public et privé), les chiffres relatifs à la région Ile-de-France font apparaître un taux de 22% en moyenne, avec des pics allant jusqu'à 50% dans certains établissements<sup>43</sup>.

- Les **établissements à orientation psychiatrique**, même si le phénomène semble moins marqué : le taux de vacance pour l'ensemble des établissements publics spécialisés d'Ile-de-France était ainsi de 14,8% en 2003, contre 10,5% pour l'ensemble des établissements publics de santé de la région<sup>44</sup>.

- Les **établissements hospitaliers de petite taille situés en zone rurale**.

#### **- L'attractivité du management de l'établissement :**

Dans cette situation de rareté, qui profite aux établissements offrant les conditions les plus attractives, la réputation d'un établissement ou d'un service peut avoir des conséquences directes en matière de recrutement. Comme le constate l'IGAS, « le recrutement des jeunes infirmiers sortant d'IFSI donne lieu de la part des établissements de santé à des politiques d'attraction volontaristes, et à une certaine surenchère ». Les différents avantages proposés sont ainsi présentés au cours d'opérations de communication institutionnelle (journées d'accueil, véritables plans d'intégration personnalisés, aide au logement, accès à une crèche sur l'établissement, plans de promotion professionnelle,...). L'image de l'établissement n'est toutefois pas entièrement maîtrisable, étant avant tout véhiculée par les professionnels eux-mêmes. A ce titre, la politique d'attractivité et de fidélisation du personnel dans les établissements apparaît bien comme un des enjeux essentiels de la politique des ressources humaines à venir.

#### **1.1.2 Diagnostic du problème au niveau du GHG**

Il convient d'analyser les difficultés décrites par les acteurs, en s'efforçant de les objectiver par des données chiffrées, avant de rechercher des explications par l'analyse de l'attractivité du groupement pour un infirmier.

#### **A) Les difficultés de recrutement rencontrées**

##### **1) Les difficultés telles que décrites par les acteurs**

Les acteurs concernés par la gestion opérationnelle des ressources humaines sur chacun des sites font essentiellement part de deux difficultés :

- Le temps passé, et l'énergie perdue, « à courir après des infirmières », avec le sentiment de n'être jamais tout à fait certains que les services arriveront à « tourner » le week-end suivant ;

---

<sup>43</sup> Enquête Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 2002.

<sup>44</sup> Enquête Union régionale des hôpitaux d'IDF, 2003.

- L'incapacité à construire des projets collectifs dans la durée, du fait de l'instabilité très aigue des équipes infirmières.

## **2) La recherche de données chiffrées objectives**

Ce ressenti a été globalement confirmé par les différents chiffres obtenus, qui mettent en évidence un certain nombre de traits spécifiques concernant la gestion des ressources humaines en gériatrie. Plus précisément, cette difficulté à recruter et à stabiliser le personnel recouvre trois problèmes distincts, mais dont les effets s'ajoutent :

### **a) Un nombre de postes vacants importants**

Cet élément peut être mesuré à l'aide du taux de postes vacants, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de postes budgétés non pourvus, déclarés vacants par les bureaux du personnel des sites à un moment donné, et le nombre de postes effectivement budgétés au même moment.

Ce taux s'est avéré assez délicat à mesurer de façon précise sur le Groupement, compte tenu de l'évolution constante des postes pourvus, et de la difficulté à trouver des chiffres exprimés dans la même unité, ou présentés de la même manière.

Toutefois, en rapprochant les données de la cellule centrale de recrutement (qui centralise chaque fin d'année le nombre de poste vacants déclarés par les sites) avec les effectifs budgétés infirmiers des sites, on obtient un taux de postes vacants durablement à hauteur de 11 à 16% pour l'ensemble du groupement, sur la période 2002 à 2004 (annexe I).

Ce résultat, assez conforme aux chiffres obtenus par d'autres établissements<sup>45</sup>, confirme la situation particulière du Groupement de la Gériatrie : tout en étant moins exposé, au sein d'un CHU de taille importante, aux difficultés de recrutement que les établissements pour personnes âgées du secteur sanitaire et social (qui peuvent atteindre de 25 à 50% selon les établissements), le Groupement connaît un taux de poste vacants durablement autour de 15%, pour une moyenne HCL oscillant entre 6 et 8% selon les années, ce qui traduit bien une forme de pénurie sectorielle.

Seul l'hôpital neurologique, site mono-disciplinaire ayant connu à un moment donné des difficultés de recrutement, atteint le même niveau fin 2002, mais pour revenir ensuite durablement dans la moyenne, ce qui confirme l'affirmation des acteurs selon laquelle le problème a été efficacement résolu par une politique volontariste (mise en place d'une instance participative de réflexion sur les pratiques infirmières en neurologie ; investissement dans un nouveau bloc).

Les différences entre les sites à l'intérieur même du Groupement sont importantes, mais les variations annuelles sont telles qu'elles ne permettent pas d'identifier avec précision des spécificités locales.

<sup>45</sup> Chiffres communiqués par l'AP-HP : 18 à 34% dans les établissements gériatriques, contre 7%.

**b) Un niveau de rotation élevé du personnel infirmier**

Pour mieux décrire les manifestations du problème, l'analyse se fera au niveau de plusieurs sites, puis d'une unité de soins de longue durée, particulièrement concernée par le problème.

**- L'analyse à l'échelle d'un ou plusieurs sites :**

**- Les taux d'entrées et de départs :**

**- Le taux de départ volontaires :**

L'analyse concerne l'hôpital Pierre Garraud et la Fondation Berthon Mourier. Les départs volontaires visent les mutations demandées vers une autre discipline ou un autre site, les demandes de départ en écoles de formation, et les demandes de disponibilité pour convenance personnelle.

	2005	2006	2007
Nombre de départs volontaires	10	14	15
Effectifs de référence 31/12/N-1	84	96	99
Taux de départs volontaires	12%	15%	15%
Part des départs volontaires dans le total des départs	53%	61%	65%

**- Analyse au niveau d'une unité de soins de longue durée :**

L'unité considérée comprend 30 lits de soins de longue durée, avec un nombre de poste budgétés de 5 infirmiers. Les mouvements d'entrées et sorties sur deux ans peuvent être

	Effectifs 31/12 2004	Nombre de sorties 2005	Taux de départ 2005	Effectifs 31/12 2005	Nombre de sorties 2006	Taux de départ 2006	Effectifs 31/12 2006	Nombre de sorties 2007	Taux de départ 2007
Hôp. P. Garraud (et Fond. B. Mourier)	84	19	23%	96	23	24%	99	23	23%
Hôp. Charpennes	102	6	6%	100	11	11%	99	5	5%
Hôp. Val d'Azergue	52	10	19%	47	7	15%	50	4	8%
Total	238	35	15%	243	41	17%	248	32	13%

schématisés de la façon suivante :

		2006												2007											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Poste 1</b>	Infirmier 1 (0,5 ETP)																								
	Infirmier 2 (0,5 ETP)																								
	Infirmier 3													Pool											
	Infirmier 4																			Pool					

<b>Poste 2</b>	Infirmier 5			
	Infirmier 6			
<b>Poste 3</b>	Infirmier 7			
	Infirmier 8		Pool	
<b>Poste 4</b>	Infirmier 9	Pool		
	Infirmier 10			Pool
<b>Poste 5</b>	Infirmier 11			

	Durée affect. dans l'unité	Motif de départ	Engagement de servir
Infirmier 1 (0,5 ETP)	4 ans	Projet soins palliatifs	Non
Infirmier 2 (0,5 ETP)	3 ans	Rapprochement de conjoint	Non
Infirmier 3	6 mois	Mutation en court séjour	Oui
Infirmier 4			Oui
Infirmier 5	2 ans	Mutation en endocrinologie	Oui
Infirmier 6	1 an	Autre site gériatrique	Oui
Infirmier 7		Fin engagement de servir	Oui
Infirmier 8		Souhait court séjour	Oui
Infirmier 9	1 an	Rapprochement de conjoint	Oui
Infirmier 10			Oui
Infirmier 11	Très ancien	Retraite dans 2 ans	Non

En moins d'un an et demi, 80% de l'effectif infirmier total de l'unité a été renouvelé. Les patients auront connu 11 infirmiers différents en l'espace de 2 ans, auquel il faut ajouter les remplaçants du « pool ». Un seul infirmier parmi les 5 affectés sur les postes budgétés au départ de la période est encore présent. Le taux de départ atteint 80% en 2006 et 40% en 2007. Le taux d'arrivée est de 20% en 2006 et de 100% en 2007.

Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation de ce turn-over, qui ne signifie pas nécessairement ou uniquement un défaut d'attractivité dont les établissements de gériatrie seraient la cause. L'analyse des motifs de départ sur les différents montre que ce niveau élevé des mouvements est dû pour une très large partie aux affectations de nouveaux infirmiers sous engagement de servir, suite au départ de leurs prédécesseurs.

### c) Un absentéisme aigu

Les différentes données collectées par le biais de l'application bilan social montrent que le niveau d'absentéisme des infirmiers en gériatrie est effectivement supérieur à la moyenne HCL.

	Durée moyenne d'absence		Taux d'agents absents au moins une fois		Durée moyenne d'absence par agent	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
GHG	23,905	22,07	64%	59%	37,125	37,505
HCL	19,46	19,05	56%	54%	34,82	25,5

	Année 2006			Année 2005	Année 2004
	IDE HCL	IDE Gériatrie	Gériatrie	IDE HCL	IDE HCL
<b>Taux d'absentéisme</b>	8,63	<b>9,81</b>	9,7	9%	8,81
<b>Indice d'absentéisme</b>	55%	<b>59%</b>	60%	58%	52%
<b>Durée moyenne d'absence par agent</b>	19,15 j	<b>21,77 j</b>	21,54 j	19,70 j	19,65 j

## B) Les facteurs d'explication : l'analyse de l'attractivité du Groupement

La situation du Groupement est relativement atypique, dans la mesure où celui-ci rencontre des difficultés alors même que fait partie d'un ensemble relativement attractif.

### 1) Une attractivité forte de l'environnement

La **région Rhône Alpes**, et en particulier l'agglomération lyonnaise, fortement peuplée, caractérisée par une facilité d'accès aux services et un revenu moyen plus élevé, est relativement attractive pour le personnel infirmier. L'effectif infirmier exerçant en région Rhône Alpes représente ainsi 10,1% de l'effectif infirmier national, pour une population régionale correspondant à 9,65% de la population totale. En dehors du cas particulier des départements frontaliers tels que la Haute-Savoie soumis à une forte attractivité extérieure, pour lesquels il existe des dispositifs d'attractivité spécifique, les projections effectuées par la DRASS font état d'une couverture correcte des besoins en personnel infirmier pour l'avenir, avec les effets de l'augmentation des quotas, et compte tenu des capacités de formation actuelles, des besoins liés au temps partiel et aux 35h, ainsi que des départs en retraite<sup>46</sup>.

L'attractivité de l'**établissement HCL**, deuxième plus gros CHU français, est également forte, y compris dans le contexte plus difficile de ces dernières années. Au cours des années 2000 à 2003, 30 à 50% des étudiants infirmiers des IFSI Esquirol et Clémenceau ont ainsi choisi de travailler aux HCL pour leur premier emploi. Parmi les facteurs cités par les infirmiers pour expliquer leur souhait de travailler dans cet établissement, sont cités la sécurité de l'emploi, la mobilité possible à l'intérieur de la structure HCL, la possibilité d'un développement de carrière, l'accès à la formation continue, la qualité des soins, l'éthique des soins, la dimension publique du soin, la réflexion sur les soins et la recherche, et les conditions de retraite<sup>47</sup>.

### 2) Une attractivité intrinsèque plus problématique

Les taux de postes vacants relativement élevés caractérisant les sites de gériatrie ces dernières années, dans un environnement à l'attractivité forte, laissent penser que ceux-ci

<sup>46</sup> DRASS Rhône Alpes, Orientation du schéma régional infirmier 2002-2006.

<sup>47</sup> F. CHABLI, Mémoire DESS psychologie du travail, Université Lyon I, 2004.

ont une attractivité plus faible. Parmi les éléments d'explication avancés par les acteurs, on trouve principalement :

- La **situation géographique** de certains des sites de gériatrie, qui peuvent être relativement excentrés.
- Le **caractère mono-disciplinaire** du Groupement de la Gériatrie, qui n'offre pas les mêmes perspectives de mobilité inter-disciplines que les groupement généralistes.
- La faible attractivité de la **discipline gériatrique** auprès des infirmiers, et en particulier des jeunes professionnels. Les infirmiers futurs diplômés reçus en entretien, et ayant refusé un poste en gériatrie, expliquaient leur décision par : la crainte d'une insuffisance de gestes techniques dans cette discipline, dommageable pour leur employabilité ultérieure ; l'appréhension à l'idée de devoir gérer la fin de vie ; un désaccord éthique sur la prise en charge en fin de vie. Leur représentation de la discipline était néanmoins, comme le précisait la Direction centrale du personnel, principalement basée sur des stages effectués hors CHU, pour ceux qui avaient une expérience antérieure.
- La **situation des effectifs**, avec des ratios en personnel par lits moins élevés que dans d'autres disciplines, ajoutés à l'effet des postes vacants.

## **1.2 Les premières solutions d'urgence mises en place : les limites d'une approche purement quantitative du recrutement**

### **1.2.1 Les premières solutions adoptées**

Des solutions ont été adoptées à la fois au niveau central, et au niveau local.

#### **A) Au niveau central : maintenir le potentiel d'attractivité de l'établissement HCL auprès des jeunes diplômés et répondre aux besoins prioritaires**

Ces objectifs ont été atteints principalement par deux moyens :

##### **1) La mise en place d'un dispositif centralisé de recrutement infirmier**

###### **a) Les objectifs du dispositif**

Le dispositif centralisé de recrutement infirmiers a été mis en place en septembre 2001, à l'initiative de la Direction centrale du personnel, et de la Direction centrale des soins infirmiers, pour plusieurs raisons :

- **Participer à la réorganisation de la fonction recrutement**, face au constat de dysfonctionnements entraînant des coûts importants, en particulier concernant le personnel infirmier (traitement des candidatures spontanées effectué à la fois en central et en local ; entretiens individuels se déroulant sur plusieurs sites, sans que

ceux-ci ait été informés que le candidat a candidaté ailleurs ; retraitement de candidatures identiques du fait de l'absence de vivier de candidatures)<sup>48</sup> ;

- **Réguler les offres et les demandes d'emploi infirmier** dans un contexte de recrutement difficile (avec l'effet de la diminution des quotas en IFSI à la fin des années 90, et la mise en place des 35h), afin de satisfaire à une forme d'engagement vis-à-vis des services de leur procurer les ressources en personnel nécessaires à leur fonctionnement ;

- Mettre en place une **porte d'entrée unique** pour tous les professionnels infirmiers désireux de travailler aux HCL, afin de faciliter leurs démarches, et réduire au minimum le risque de fuite lié à une procédure longue ou complexe ;

- **Répondre aux besoins prioritaires de l'institution**, face à la difficulté pour certains sites de pourvoir leurs postes infirmiers dans un contexte de concurrence accrue entre établissements ;

- Permettre à la Direction centrale du personnel, d'avoir une réelle **maîtrise de la situation des effectifs consommés en fin d'année** (concernant les postes permanents comme les contrats de remplacements), les sites étant jusqu'ici leurs propres recruteurs, sans remettre en cause la liberté d'appréciation des compétences du candidat par les directions des soins au niveau local.

## **b) La procédure mise en place**

Le public visé est constitué des étudiants infirmiers sortant des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et s'appêtant à prendre leur premier poste.

La procédure ne concerne que la période qui va de début octobre à fin décembre de chaque année ; en dehors de cette période, correspondant aux sorties d'école, le recrutement est effectué de manière décentralisée, comme auparavant.

La procédure consiste chaque année en une campagne de communication (notes aux IFSI, rencontre des étudiants sur place et dans les forums, internet) de juin à septembre auprès des candidats potentiels ; une série d'entretiens de recrutement individuels, est ensuite menée de septembre à décembre, à chaque fois par un binôme cadre administratif/cadre soignant. Ces binômes ont un rôle d'orientation, sur la base des besoins transmis par chaque site début septembre : à l'issue de l'entretien, une affectation sur site est proposée, éventuellement sur l'un des sites en difficulté en cas d'acceptation par le candidat.

La procédure est basée sur le principe de la centralisation des candidatures adressées spontanément aux sites, pour transmission aux sites en difficulté, que la Direction centrale

---

<sup>48</sup> J. THERON, Diagnostic économique : analyse de l'adéquation entre la fonction recrutement et la logique institutionnelle aux HCL, DU MAPROSS, 2000.

du personnel s'est efforcée de faire respecter y compris lorsque les difficultés de recrutement étaient les plus aigües<sup>49</sup>.

La procédure est à double visage, selon le type de poste accepté par le candidat :

- Si le candidat a accepté d'aller sur un des sites prioritaires, la procédure de recrutement est en quelque sorte accélérée, afin d'éviter des désistements liés à la longueur de la procédure : prise de rendez-vous immédiate pour visite médical d'aptitude, et affectation.
- Dans les autres cas, il s'agit d'une procédure de pré-recrutement, dans la mesure où un autre entretien plus approfondi est effectué par la directrice des soins sur le site proposé, avec examen du dossier scolaire.

Les moyens mobilisés sont assez importants : 26 personnes ont ainsi mené les entretiens, dans le cadre d'une quarantaine de demi-journées de recrutement, en 2003.

### **c) L'engagement pris par les HCL : la « stagiairisation » systématique**

Afin de maintenir son potentiel d'attractivité, l'institution s'engage, à partir de 2001, à la mise au stage directe (sans période d'essai préalable) des candidats futurs diplômés hors promotion professionnelle dans le cas où ceux-ci acceptent de travailler aux HCL, à partir de 2001. Cette stagiairisation intervient à compter de la date d'obtention du diplôme d'état (grade d'ASD stagiaire à la prise de fonction avant les résultats, puis grade d'IDE stagiaire, avec effet rétroactif, à l'obtention du diplôme).

## **2) L'affectation dans les disciplines et sites prioritaires par le biais des dispositifs d'aides individuelles assorties d'un engagement de servir**

Il importe de présenter les deux dispositifs de recrutement assorti d'un engagement de servir, avant d'en aborder les conséquences sur les difficultés de recrutement.

### **a) Deux dispositifs distincts et souvent confondus : l'allocation d'étude et le dispositif de promotion professionnelle**

#### **- L'allocation d'étude :**

Ce dispositif de contrat de pré-recrutement assorti d'un engagement de servir a été introduit par une circulaire de 1991<sup>50</sup>, plusieurs fois complétée ou modifiée, et se trouve aujourd'hui régi par une circulaire datant de 2001<sup>51</sup>. Il est à noter que devant des difficultés de recrutement déjà importantes à l'époque, un système similaire de bourse d'étude, déjà pratiqué dans les années 1970, avait été réintroduit par les HCL<sup>52</sup>, qui avait

<sup>49</sup> Documents internes DPAS.

<sup>50</sup> Circulaire DH/FH 3/91 n°68 du 23 décembre 1991.

<sup>51</sup> Circulaire DGS/2C/DHOS/P2 n°2001 du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat infirmier.

<sup>52</sup> Par délibération en Conseil d'Administration.

pour partir inspiré le dispositif national. Ce système a ensuite été un temps supprimé, puis réintroduit en 2002 pour faire face à nouveau à des difficultés de recrutement.

Le dispositif s'adresse à tout étudiant infirmier désireux de trouver un financement à des études. Le principe est celui du versement par l'établissement d'une allocation visant à financer tout ou partie des études d'infirmier, en échange de quoi le futur diplômé s'engage à travailler deux ans dans l'établissement financeur.

#### **- Le dispositif de la formation promotionnelle :**

Les études promotionnelles constituent l'un des types d'actions finançables au titre du plan de formation, pour lequel les établissements publics hospitaliers se doivent de consacrer un budget au moins égal à 1,6% de la masse salariale brute. Le dispositif d'engagement de servir dans le cadre de la formation professionnelle continue a été introduit par un décret de 1990<sup>53</sup>, complété plusieurs fois<sup>54</sup>.

Le dispositif s'adresse aux agents occupant antérieurement un emploi dans l'établissement. Concernant le financement des études d'infirmier, il s'agit la plupart du temps d'aides-soignants de l'établissement. Le principe est celui du financement par l'établissement des études conduisant au diplôme infirmier dans le cadre de la formation continue, l'agent ayant la possibilité d'être placé en congé de formation professionnelle, et de percevoir 100% de son traitement de base, pendant la durée des études d'infirmier. En échange, ce dernier s'engage à travailler 5 ans dans l'établissement financeur.

L'article 100-1 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit que l'agent bénéficiaire d'une action de formation rémunérée en contrepartie d'un engagement de servir doit rembourser à l'établissement d'origine les sommes correspondant aux traitements et charges financés pendant la durée de la formation, au prorata du temps restant à accomplir jusqu'à la fin de cet engagement. En pratique, cette somme n'est réclamée à l'agent que s'il quitte la fonction publique hospitalière. S'il quitte l'établissement financeur pour un autre établissement de la fonction publique hospitalière, c'est en général l'établissement nouvel employeur qui rachète le contrat.

#### **b) L'augmentation substantielle du nombre de bénéficiaires**

Sous l'impulsion du ministère, et pour faire face aux besoins importants, le nombre de bénéficiaires du financement des études d'infirmier au titre de la promotion professionnelle a été considérablement augmenté au cours des années 2000, pour concerner actuellement autour de 50 à 60 personnes chaque année. Le nombre d'allocataires d'études, moins important, a également été modulé par l'établissement HCL en fonction de l'évolution des besoins.

<sup>53</sup> Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

<sup>54</sup> Loi n°91-73 du 18 janvier 1991, insérant un article 100-1 dans la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

**c) Le contrat passé entre l'étudiant et l'institution HCL : le financement des études d'infirmier en échange d'une affectation dans un secteur prioritaire pendant deux ans**

Le contrat assorti d'un engagement de servir, signé par les futurs diplômés aux HCL comporte en outre une clause supplémentaire destinée à pallier les besoins des disciplines en difficulté : le jeune diplômé est tenu, à l'issue de la formation, de rester dans sa première affectation, déterminée en fonction des besoins prioritaires de l'institution, pour une durée de deux ans.

**B) Au niveau local : assurer la continuité de fonctionnement des services dans des conditions de sécurités satisfaisantes**

Diverses solutions sont également mises en place, en complément du dispositif central de recrutement, au niveau du groupement de la Gériatrie, pour faire face aux difficultés de recrutement infirmier :

**1) Le recours au personnel de remplacement**

Les besoins sont souvent compensés par une sur-utilisation importante des crédits de remplacement, que vient compenser la sous-utilisation des crédits de personnel permanent liée aux postes vacants. Plusieurs procédés sont utilisés, isolément ou conjointement :

- Le recours à de dispositifs de suppléance interne (« pools ») ;
- L'appel à un réseau de vacataires ;
- Le recours aux infirmiers intérimaires : un certain nombre d'inconvénients sont toutefois relevés par les sites (coût élevé ; temps d'encadrement par les salariés fixes élevé ; manque d'investissement dans le travail ; mauvaise connaissance du service et des patients), et certains sites de gériatrie souffrent d'une attractivité réduite y compris auprès du personnel d'intérim, celui-ci étant en mesure de choisir parmi les missions proposées.

**2) Le refus de mutation dans l'intérêt du service**

Dans certains cas extrêmes, il a pu être opposé aux agents désireux de partir un refus de mutation justifié par l'intérêt du service (continuité). Ce procédé, s'il a souvent fait l'objet de rumeurs à l'effet délétère sur l'attractivité, est toutefois relativement peu utilisé. La négociation est en effet toujours préférable, et certains motifs de départ sont de droit.

**3) Les fermetures d'unités**

Lorsque la situation des postes permanents pourvus ne permet plus, en tenant compte de l'appoint du personnel de remplacement, d'assurer le fonctionnement du service dans des

conditions de sécurité satisfaisantes, la fermeture temporaire d'une unité, en tout ou partie (report de lits sur une autre unité) peut être décidée. Ce procédé a été assez fréquemment utilisé par le passé, et continue à l'être à la marge lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions. Cette situation, très préjudiciable à l'activité, devrait néanmoins être amenée à disparaître, avec l'amélioration de la situation du marché de l'emploi infirmier.

### **1.2.2 L'adéquation des solutions retenues aux problèmes constatés sur le groupement**

Ces solutions sont dans un premier temps apparues globalement satisfaisantes sur le plan quantitatif, avant de montrer certaines limites concernant les aspects qualitatifs

#### **A) Une efficacité incontestable sur le plan du recrutement**

L'évaluation du dispositif effectuée en 2002 et 2003 par les sites à l'invitation de la Direction centrale du personnel et de la Direction centrale des soins, montre des avis contrastés selon les sites ; la plupart d'entre eux reconnaissent néanmoins l'efficacité de la cellule.

Le taux de postes déclarés vacants effectivement pourvus par la cellule était en effet de 70% (73% fin 2003) pour l'ensemble des groupements fin 2001 (en tenant compte des désistements intervenus) ce qui, dans le contexte difficile de l'époque, est non négligeable. Ce taux est néanmoins variable selon les disciplines concernées : il chute ainsi à 42% cette même année (46 % en 2003) concernant le Groupement de la gériatrie. L'hôpital gériatrique des Charpennes estime néanmoins début 2002 que « la situation aurait été délicate sans cellule de recrutement ». La part des personnes sous engagement de servir affectées par la cellule est nettement plus importante sur le Groupement hospitalier de la gériatrie, ce qui témoigne de la relative rareté des candidatures spontanées ou orientées par la cellule auprès de la gériatrie à cette époque.

#### **B) L'apparition de nouveaux problèmes**

##### **1) Les conséquences d'un recrutement centralisé**

La gestion centralisée du recrutement infirmier semble permettre d'éviter un certain nombre de redondances coûteuses, et de remédier au sentiment d'inéquité avancé par certains sites, quant à l'accès à la ressource infirmière en situation de pénurie.

Le suivi des mouvements de chaque site, afin d'être en mesure d'avoir un état actualisé des postes vacants de chaque site est néanmoins relativement lourd au niveau central. La Direction centrale du personnel fait remarquer dès 2002 qu' « il s'avère impératif d'avoir un état des postes vacants sur chaque site, beaucoup plus régulièrement qu'il ne l'est à l'heure actuelle, afin de gérer de manière efficace les candidatures réceptionnées, en

étant réactifs »<sup>55</sup>. Les sites opposent toutefois que cette situation évolue par définition en permanence. Ce suivi au niveau central des mouvements de chaque site implique nécessairement un temps de latence qui peut augmenter le risque de fuite.

Certains sites ont également le sentiment d'avoir perdu en réactivité et en efficacité concernant la gestion des candidatures spontanées ; ils font enfin remarquer que l'adéquation entre le profil du candidat et le profil du poste est parfois difficile à obtenir, du fait du caractère plus centralisé de la procédure, mais également du fait du degré de motivation faible et du degré d'exigence élevé de certains candidats.

## **2) Les conséquences de l'affectation prioritaire**

Alors que le dispositif de l'engagement de servir avec affectation dans un site ciblé visait initialement à répondre indistinctement aux besoins prioritaires de l'institution, celui-ci s'est progressivement transformé dans les faits en une procédure spécifiquement destinée à pourvoir les nombreux postes laissés vacants dans les sites de gériatrie.

Étaient en effet visés fin 2001 « la gériatrie, les sites monodisciplinaires (cardiologie et neurologie), la néonatalogie, et le plan hivernal d'urgences adultes ». Fin 2002, les priorités néonatalogie, neurologie, gériatrie ont été reconduites. Lors de la campagne fin 2003, « aucun discours particulier n'a été tenu » au niveau de la cellule concernant les candidatures hors engagement de servir, « les besoins étant dans les toutes disciplines et pour tous les sites », mais la quasi-totalité des personnes sous engagement de servir ont été affectées en gériatrie depuis cette date.

Il est dès lors permis de se demander dans quelle mesure cette affectation ne produit pas des effets contre-productifs, en dégradant l'image du secteur gériatrique auprès des étudiants en IFSI. La proportion des agents sous engagement de servir dans un site, un service ou une unité peut même constituer un indicateur fiable de son déficit d'attractivité, cette image dégradée pouvant être véhiculée voire amplifiée par les phénomènes de rumeur.

Outre l'effet potentiellement stigmatisant, le recrutement en nombre de jeunes professionnels sous engagement de servir avec affectation prioritaire n'est pas neutre pour le fonctionnement des sites concernés :

- Les arrivées et départs de ces infirmiers « contraints » de travailler en gériatrie induisent un renouvellement rapide, voire une instabilité des équipes dans certaines unités (en particulier en soins de longue durée) ;
  
- Cela a pour conséquence une certaine lassitude des professionnels expérimentés de former à une fréquence élevée des jeunes diplômés à la motivation et à l'engagement faibles ;

---

<sup>55</sup> Document interne DPAS.

- La cohabitation entre ce profil d'infirmier et ceux plus anciens en gériatrie est parfois délicate, du fait d'un investissement plus faible au travail ;
- Les infirmiers issus de la promotion professionnelle, dont la plupart sont d'anciens aides-soignants, semblent avoir une difficulté accrue à se positionner professionnellement face aux aides-soignants.

### **3) Les conséquences de la « stagiairisation » systématique**

Cette stagiairisation systématique, si elle constitue incontestablement un « avantage concurrentiel » par rapport à d'autres établissements, ne va pas sans poser problème, puisqu'elle ne permet pas d'apprécier les qualités professionnelles de l'agent préalablement à la mise au stage ; or, en pratique la stagiérisation ne débouche que très rarement sur une non titularisation. Pour ces raisons, et à la demande des sites, une période d'essai de 6 mois a été réintroduite préalablement à la mise au stage, à partir de 2006.

#### **C) Un problème non traité : le niveau élevé de rotation des effectifs**

Si les solutions mises en place au niveau central comme au niveau local sont parvenues à traiter dans une mesure non négligeable le problème du recrutement sur le plan quantitatif, elles n'ont pas d'incidence en revanche sur le niveau relativement élevé de rotation des effectifs constatés, celui-ci étant même pour partie dû au nombre important de professionnels recrutés par le biais de l'engagement de servir.

Ce turn-over élevé des effectifs implique des coûts importants pour le Groupement de la Gériatrie, parmi lesquels :

- Les coûts liés au processus de nouveau recrutement ;
- Les coûts liés à la non qualité ou à une rupture du niveau de qualité ;
- Les coûts liés à la faible productivité du nouveau recruté en période d'intégration ;
- Les coûts liés au tutorat/à la formation du nouvel arrivant ;
- Les coûts liés aux effets internes des départs (remaniements constants de la composition des équipes) : manque d'engagement, absentéisme, et autres comportements de retrait.

#### **D) L'évolution du contexte**

Cette réflexion sur les effets du recrutement des infirmiers principalement par le biais de l'engagement de servir, ainsi que sur les coûts élevés du turn-over de cette catégorie de personnel au niveau du Groupement est apparue d'autant plus souhaitable que le contexte s'était profondément modifié depuis la mise en place des premières solutions face aux problèmes de recrutement infirmier.

Outre le contexte de la mise en place des pôles, avec pour corollaire une décentralisation croissante de certains aspects de la gestion des ressources humaines, c'est surtout

l'amélioration du marché de l'emploi infirmier qui a constitué un facteur favorable. Par un effet mécanique, lorsque l'offre d'emploi devient plus importante sur le marché, les possibilités de choix pour les professionnels de santé sont en effet moins étendues, et par conséquent moins de secteurs sont délaissés.

Il apparaît dès lors nécessaire de réexaminer collectivement la pertinence de maintenir les premiers dispositifs mis en place, qui visaient avant toute chose à répondre à une situation de crise. Comme on peut le lire dans le Progrès, citant la Direction centrale du personnel, en 2005, « cette année pour la première fois nous avons plus de candidats que de postes à pourvoir. Nous allons bientôt pouvoir lever cette obligation [pour les personnes sous engagement de servir] d'aller dans les postes laissés vacants comme la gériatrie »<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Le progrès, 21 septembre 2005.

## **2 Construction et mise en œuvre d'une stratégie locale de fidélisation du personnel : pour une approche qualitative du recrutement et de l'intégration des professionnels**

Sur la base de ces constats, le Groupement hospitalier de la Gériatrie a été amené à élaborer et proposer des solutions au niveau local. Le plan d'action a été mis au point, concernant ses orientations générales, peu avant l'arrivée de l'élève-directeur, à qui il a aussitôt été proposé d'en observer les développements (en utilisant un « œil extérieur ») et de prendre part à sa mise en œuvre.

Sur le plan de la méthode, l'investigation s'est faite de deux manières :

- L'analyse rétrospective des documents internes, ainsi que des entretiens avec les acteurs auteurs du plan, ont permis d'en dégager la logique et les présupposés.
- L'observation a porté sur la présentation du plan aux instances, la phase de déclinaison des orientations générales en actions concrètes, ainsi que le début de la mise en œuvre de ces actions. L'observation de cette dernière phase a été facilitée par la participation systématique aux réunions afférentes au plan d'action, et par la responsabilité confiée de mettre en œuvre deux des actions du plan.

### **2.1 La construction au niveau du Groupement d'une stratégie d'attractivité et de fidélisation du personnel infirmier**

Le plan d'action a été en grande partie construit à partir des constats faits par les conseillères conditions de travail, dans le cadre de leurs entretiens avec les personnes sous engagement de servir diplômées en 2004. Ces entretiens révélaient toute l'ambiguïté de l'attractivité du travail en gériatrie, décrit par les infirmiers à la fois comme difficile, pénible ingrat, que comme enrichissant et formateur.

Il importe de revenir sur les présupposés et choix implicites des acteurs lors de l'élaboration de ce plan d'action, avant d'en décrire plus précisément le contenu.

#### **2.1.1 La logique inspirant le plan d'action**

La manière dont le problème du recrutement infirmier, commun à un certain nombre de responsables des ressources humaines à l'hôpital, a été plus spécifiquement abordé par le Groupement de la Gériatrie des HCL, s'explique à la fois par un certain nombre de contraintes financières et temporelles, de convictions partagées, et de choix stratégiques.

**A) La nécessité d'être financièrement réaliste, de tenir compte de l'existant, et de produire des effets tangibles rapidement**

Le contexte est celui d'une situation financière difficile pour l'établissement HCL, avec un déficit prévisionnel annoncé de plusieurs dizaines de millions d'euros, et plusieurs fois revu à la hausse en cours d'année, ainsi que des besoins en investissements qui s'annoncent importants.

Etant donné le caractère aigu du problème de recrutement infirmier, et ses coûts non négligeables pour le Groupement, il importe également d'éviter la dispersion et d'agir de façon ciblée, de façon à permettre la mise en œuvre des mesures rapidement.

En outre, l'établissement HCL met en œuvre depuis longtemps déjà une politique d'amélioration des conditions de travail, notamment à destination des soignants travaillant dans des unités où la charge mentale et/ou physique est importante. Ces dispositifs ont trouvé à s'appliquer tout particulièrement en gériatrie, et constituent autant d'éléments dont il faut tenir compte lors de l'élaboration du plan :

- Le recrutement de professionnels de formation initiale diverses (ergonomes, psychologues cliniciens, psychologues du travail) sur un profil spécifique de « Conseiller Conditions de travail » apporte une réelle valeur ajoutée dans la démarche de « soutien social » aux agents ;
- La politique, menée depuis plusieurs années, de remplacement progressif des lits classiques par des lits électriques à hauteur variable, et l'achat de lève-patients sur rails, a permis d'aboutir à des taux d'équipement tout à fait enviables comparativement à d'autres CHU ;
- L'accès à la formation continue est particulièrement développé : l'« amélioration de la formation des personnels hospitaliers en gériatrie » constitue l'un des objectifs du SROS, et le temps de formation spécifiquement consacré à la discipline gériatrique financé par les HCL en 2006 atteignait, toutes catégories professionnelles confondues, environ 10 000 heures. Les thèmes les plus fréquemment choisis sont : la gestion de la violence et de l'agressivité en gériatrie, l'accompagnement du patient âgé en fin de vie, la manutention manuelle des patients âgés, et la prise en charge de la personne âgée démente.

L'élaboration d'une stratégie d'attractivité et de fidélisation implique donc, tout en s'appuyant sur les efforts entrepris, de les dépasser pour trouver d'autres leviers d'action, puisque leur existence ne semble pas jusqu'ici avoir exercé un impact significatif sur le niveau élevé du taux de rotation.

Cette situation, caractérisée à la fois par des atouts en matière d'amélioration des conditions de travail et un contexte financier très contraint, explique les différences entre l'approche retenue par le Groupement, et celles adoptées dans d'autres établissements

hospitaliers (davantage axées sur les conditions matérielles de travail, ainsi que sur la question des effectifs).

## **B) La volonté de rompre avec l'idée que la gériatrie est par définition non attractive**

L'idée est incontestablement présente, de façon plus ou moins explicite, dans le discours de certains des acteurs rencontrés, que la discipline gériatrique présente des caractéristiques qui la rendent, par nature, peu attractive pour un infirmier : lourdeur physique du travail, confrontation permanente à la vieillesse (dépendance, démence) et à la fin de vie, importance des soins de base au détriment des soins techniques, insuffisance des effectifs, isolement, caractère peu valorisant du travail font partie des raisons les plus souvent citées par les acteurs pour l'expliquer. Pourtant, l'étude menée par le Groupement auprès d'une vingtaine d'infirmiers jeunes diplômés, affectées en gériatrie par le biais de l'engagement de servir, montre que les intéressés sont plus nuancés quant à l'intérêt du travail en gériatrie, hésitant constamment entre ses aspects difficiles et pénibles, et ses aspects enrichissants<sup>57</sup>. Cette vision équilibrée a été reprise par les acteurs au moment de l'élaboration du plan d'action, l'objectif étant, sans nier les difficultés rencontrées par les professionnels, de communiquer davantage sur l'intérêt et les aspects formateurs d'un passage dans cette discipline pour un professionnel.

### **1) Des spécificités et des difficultés indéniables**

#### **a) Une charge physique et mentale importante**

La lourdeur physique du travail infirmier en gériatrie résulte notamment de la participation fréquente de l'infirmier aux soins de bases (en USLD), avec par conséquent une part importante de manutention des patients dans les soins dispensés. Cette manutention est toutefois considérablement facilitée aujourd'hui par l'utilisation d'équipements électriques adaptés, et la charge physique est en tout état de cause moins importante que dans le cadre des fonctions d'aide-soignant ou d'agent de service.

La charge mentale importante, résulte quant à elle de la confrontation, particulièrement déroutante pour certains jeunes diplômés arrivant en gériatrie, au corps vieilli, à la dépendance, à la fin de vie, et à des pathologies de type démentiel. Si la confrontation répétée à la maladie et au décès concerne l'ensemble des professions de santé, l'environnement gériatrique est particulier, dans la mesure où il renvoie en plus à l'acceptation (plus ou moins avancée selon les personnes) de sa propre fin, associée à une dégradation physique et psychique pouvant être importante (interaction particulièrement forte entre vie professionnelle et vie personnelle). Cette difficulté psychologique ne doit pas toutefois être exagérément présentée comme atypique, dans le

---

<sup>57</sup> Enquête interne Consoillères Conditions de travail (CCT), 2006.

sens où il existe des services, en dehors de la gériatrie, qui peuvent s'avérer tout aussi difficiles en termes de charge mentale (pneumologie, gastro-antérologie, hématologie par exemple). Il est vrai toutefois que l'unité de soins de longue durée présente la spécificité d'accueillir des résidents a priori pour la totalité de leur fin de vie, et non des patients dont l'identité change fréquemment, ce qui rend plus difficile le travail nécessaire de distanciation.

#### **b) La difficulté du positionnement professionnel en unités de soins de longue durée**

Cette difficulté résulte de deux éléments, qui induisent une *ambiguïté de rôle* forte pour l'infirmier travaillant en soins de longue durée :

- L'unité de soins de longue durée, par opposition à celles de médecine gériatrique et de soins de suite et réadaptation, se caractérise le plus souvent par une **moindre présence médicale**, ce qui a pour conséquence de reporter parfois de lourdes responsabilités sur l'infirmier : celui-ci doit en effet pré-évaluer la situation du patient, afin de déterminer s'il y a lieu ou non de faire appel au médecin immédiatement.
- Le **positionnement par rapport à la fonction d'aide-soignant** semble également délicat, dans la mesure d'une part la frontière entre les attributions des infirmiers et des aides-soignants est plus floue (les infirmiers participant quand elles le peuvent aux toilettes, et les aides-soignants distribuant parfois les médicaments), et où d'autre part la composition des équipes (ratio infirmiers/aide-soignants beaucoup plus faible) fait que la responsabilité assumée en cas d'incident est plus élevée qu'ailleurs.

Pour certains jeunes diplômés, ce positionnement professionnel par rapport aux aides soignants est réellement difficile à assumer à la sortie de l'école, en particulier pour ceux issus de la promotion professionnels ; ceux-ci doivent en effet accepter une nouvelle identité professionnelle face à leur ancien groupe d'appartenance. De même, la relative autonomie dans laquelle ils sont placés (en fonction de la présence médicale, et des effectifs présents) peut être mal vécue, à un moment où ils peuvent avoir besoin d'être rassurés sur le plan technique, ou psychologique (confrontation à la démence).

### **2) Des représentations qui nuisent à l'image de la discipline**

Deux idées sont fréquemment avancées par les acteurs travaillant à l'hôpital mais en dehors de la gériatrie<sup>58</sup>, sans que celles-ci puissent être réellement objectivées :

#### **a) Le mythe de la monotonie du travail**

Cette conception provient sans doute du fait que les soins de base sont plus importants en gériatrie que dans une autre discipline (du fait de la dépendance des patients âgés), ces soins étant en effet organisés à des horaires qui sont toujours les mêmes, puisque

<sup>58</sup> Enquête CCT, préc. et entretiens effectués au cours du premier stage.

calqués sur les besoins essentiels du patient. Ce travail de nursing, auxquels les infirmiers participent quand ils le peuvent, est néanmoins principalement effectué par les aides-soignants, et il est loin de résumer à lui seul le travail infirmier en gériatrie. La diversité des pathologies rencontrées, souvent multiples pour un même patient, et de natures à la fois somatique et psychique, nécessite la mobilisation de connaissances et de compétences relativement étendues. Cette combinaison tout à fait particulière des aspects relationnels (accompagnement), des soins de base (nursing), et des actes techniques permet incontestablement une certaine diversité des tâches.

### **b) Le mythe de l'absence de technicité du travail**

Les infirmiers rencontrés font part d'une appréhension concernant leur employabilité ultérieure dans une autre discipline, se basant sur l'expérience de leurs pairs qui disent avoir rencontré de réelles difficultés à obtenir une mutation vers une autre discipline, au motif que leur perte de compétences techniques était trop importante.

Pourtant, en court séjour gériatrique, le champ des compétences mobilisées est, comme on l'a dit plus haut, très étendu, de la même manière que pour la médecine interne (vision multi-organes), mais avec en plus la nécessaire prise en compte des spécificités du sujet âgé (fragilité, syndromes démentiels, ...).

On peut même penser que le nombre d'actes techniques effectués par jour par un infirmier en court séjour gériatrique est potentiellement plus important que dans d'autres spécialités plus spectaculaires mais caractérisées par des ratios (en personnel médical et non médical) et une assistance technologique nettement plus importants.

Enfin, avec l'aggravation de l'état de santé moyen des patients hospitalisés dans les services de gériatrie, le nombre et le niveau des actes techniques pratiqués (par les médecins comme par les infirmiers) ont tendance à augmenter, y compris en unités de soins de longue durée (pose de sonde à demeure, pose de voie veineuse centrale par exemple).

### **3) Des atouts à valoriser**

Au final, si l'on s'efforce de dépasser la question de l'image, souvent assez dégradée, de la gériatrie auprès des professionnels, pour raisonner en termes d'acquisition de compétences et de parcours professionnel, le travail infirmier en gériatrie possède un certain nombre d'atouts difficilement contestables, qui sont à valoriser davantage :

- Des connaissances étendues et une capacité d'adaptation, du fait de la **multiplicité des pathologies appréhendées** ;
- L'acquisition plus rapide qu'ailleurs d'un **sens des responsabilités** ;
- Le développement de qualités personnelles telles que l'**autonomie** et la débrouillardise ;

- L'acquisition de **compétences relationnelles**, notamment du fait de la pratique de la communication non verbale et la gestion de patients potentiellement agités, désorientés, agressifs.

Il semble que l'exercice en gériatrie permette d'acquérir plus rapidement un certain nombre de qualités professionnelles et personnelles, les jeunes diplômés eux-mêmes en parlant comme d'une « bonne école ». Toutefois, ce travail n'est pas anodin, et implique un recul sur des questions d'ordre existentiel, et la mise en situation rapide d'autonomie et de responsabilité peut parfois être vécue comme « forcée », lorsque les diplômés recrutés n'ont pas la maturité et les ressources psychologiques nécessaires pour y faire face, et en faire un temps formateur. La qualité du processus de recrutement, dans un contexte où cela devient davantage possible, est donc bien un enjeu majeur pour le Groupement : la capacité à recruter des infirmiers au profil adapté conditionne très clairement la manière dont ceux-ci vont vivre leur passage en gériatrie, et donc leur taux de départ.

### **C) Privilégier les stratégies d'attractivité et de fidélisation « positive » plutôt que les procédés de fidélisation par la contrainte**

Dès lors que l'on part de l'idée que la discipline gériatrique n'est pas par définition non attractive, mais revêt une attractivité différenciée en fonction du profil des candidats, il devient logique, pour augmenter cette attractivité et fidéliser davantage les recrutés, de privilégier les outils de fidélisation qui permettent cette différenciation.

En effet, le mécanisme de l'engagement de servir en échange du financement des études, dont l'efficacité sur le plan quantitatif du recrutement est indéniable à court terme, consiste à recruter et à retenir les candidats au moyen d'une contrainte financière (obligation de racheter le contrat en cas de refus de l'affectation prioritaire, puis en cas de départ de la première affectation avant le terme des deux ans). Ce procédé de recrutement et de fidélisation dite « négative » aura pour conséquence d'attirer en gériatrie les futurs diplômés ayant besoin d'un financement pour leurs études, puis de retenir ceux n'ayant pas le souhait ou la possibilité de racheter leur contrat, de façon indifférenciée : il ne permet pas le recrutement et la rétention des personnes les plus intéressées par l'exercice dans cette discipline.

Face à ce constat, et en tenant compte de l'amélioration de la situation du marché de l'emploi infirmier, la position du Groupement est celle d'une *prise de risque assumée*, qui consiste :

- A parier sur le fait la réduction progressive du nombre de recrutements par le biais de l'engagement de servir, ainsi que la mise en œuvre d'un ensemble de mesures du recruteur auprès des candidats potentiels, permettra de recruter de façon naturelle des infirmiers possédant un profil adéquat (**attractivité**) ;

- A parier sur le fait que la valorisation des atouts existants, l'amélioration de la qualité de l'intégration des professionnels, et le dynamisme de l'environnement de travail, vont permettre de fidéliser les infirmiers recrutés sans avoir besoin de recourir à la contrainte (« **fidélisation positive** »).

- A parier sur un **effet vertueux** de cette fidélisation « positive » sur l'attractivité (les candidats potentiels voyant leurs pairs rester volontairement seront sans doute davantage intéressés), et réciproquement (les infirmiers recrutés voyant leurs pairs candidater spontanément seront davantage incités à rester).

La stratégie élaborée fait donc de l'attractivité interne et de la fidélisation du personnel un enjeu fort de la politique sociale, mais aussi de la politique de communication externe de l'établissement, ainsi que de la politique menée par les responsables médicaux et soignants. Dans cette recherche d'un processus de recrutement professionnalisé et performant et d'une démarche d'intégration réussie des professionnels, le rôle du directeur des ressources humaines, en partenariat étroit avec le médecin responsable de pôle, le directeur des soins, et le directeur de groupement, apparaît particulièrement central.

### **2.1.2 Le contenu du plan d'action**

Le plan d'action mis au point, dont le contenu a été précisé au cours du mois de mai 2007, comporte une vingtaine d'actions, regroupées autour de sept objectifs stratégiques.

#### **A) Se doter au niveau local de tableaux de bords permettant d'avoir une connaissance précise des mouvements internes et externes de la population infirmière, et des caractéristiques de cette population**

Le constat est celui d'une difficulté, du fait notamment de l'organisation géographique éclatée du groupement et du temps nécessaire pour gérer les questions de recrutement (au détriment des aspects de suivi et d'anticipation), à réunir une information précise et actualisée sur :

- L'ensemble des **postes vacants** des sites de gériatrie, la connaissance de ces éléments en temps utile (c'est-à-dire lors de la présentation d'une candidature spontanée, et lors des entretiens préalables au recrutement des nouveaux diplômés) étant indispensable pour une politique de recrutement réactive ;

- Les **mouvements d'entrée et sortie** du personnel infirmier, ce qui recouvre notamment l'importance de ces mouvements, les différences éventuelles entre sites, les variations et tendances (aspect quantitatif) ;

- Les **motifs** de ces mouvements (aspect qualitatif), l'analyse prospective des besoins liés aux départs en retraite, et le suivi des départs non désirés apparaissant notamment essentielle.

Les actions envisagées visent donc à élaborer de façon concertée et mettre en place des **outils de suivi** communs à l'ensemble des sites de gériatrie, dont l'utilisation sera facilitée par la mise en place en cours d'un serveur commun. Ces outils s'attacheront prioritairement au suivi des postes vacants, et à l'analyse des mouvements de la population infirmière affectée en gériatrie par le biais de l'engagement de servir. Ils pourront être complétés par la mise en place et le suivi réguliers d'**indicateurs** pertinents, afin de mieux connaître la population infirmière du Groupement, et d'adapter en conséquence les stratégies d'attractivité et de fidélisation à mettre en place.

**B) Travailler sur la procédure d'affectation, en lien avec la direction centrale du personnel, afin de la rendre davantage lisible et individualisée**

Concernant les futurs diplômés sous engagement de servir (affectés le plus souvent en gériatrie ces dernières années), le constat est celui d'une procédure d'affectation souvent perçue comme impersonnelle et autoritaire, avec une difficulté à identifier l'interlocuteur avec lequel ils traitent (confusion entre l'IFSI, le niveau central des HCL, le niveau local des sites HCL)<sup>59</sup>.

L'objectif est d'intervenir plus en amont de la décision d'affectation auprès de cette population spécifique, pour renforcer le lien entre et l'institution employeuse, expliquer la procédure, et rendre dans la mesure du possible les futurs diplômés acteurs de leur affectation.

L'action envisagée consiste à donc contacter par courrier, 6 mois avant l'affectation, les futurs diplômés sous engagement de servir, afin de rappeler qui est leur interlocuteur, les termes du contrat passé trois ans plus tôt avec l'établissement HCL, les modalités et le calendrier de l'affectation, et de permettre à tous d'exprimer leurs préférences et contraintes personnelles éventuelles.

**C) Diversifier les voies de recrutement, afin de permettre progressivement l'embauche de candidats désireux de travailler en gériatrie**

Le constat est celui :

- D'une part d'une relative rareté des candidatures spontanées en gériatrie de la part des jeunes diplômés, à mettre en lien avec l'**effet de dissuasion possible** du mode de recrutement principal : il y a probablement une difficulté à considérer comme attractif de travailler en gériatrie dans un contexte où la discipline est perçue par ailleurs comme « imposée » à leur collègues ;

---

<sup>59</sup> Enquête CCT, préc.

- D'autre part d'une difficulté sur les différents sites et services de gériatrie à accepter les candidatures volontaires du fait de l'affectation en gériatrie de la totalité des jeunes diplômés sous engagement de servir des dernières années.

L'objectif est de permettre davantage qu'auparavant le recrutement de personnes désireuses de venir travailler en gériatrie, sans toutefois compromettre la nécessaire continuité de fonctionnement des unités.

L'action envisagée consiste donc à déterminer, en lien avec la direction centrale du personnel, le nombre et le profil des candidats à recruter par le biais de l'engagement de servir, afin de permettre progressivement le recrutement par d'autres voies.

#### **D) Améliorer l'accueil et l'intégration des infirmiers nouveaux arrivants**

Le constat est celui d'une qualité d'accueil globalement correcte mais avec des différences importantes d'un site ou d'une unité à l'autre, et d'une préférence très nette des nouveaux arrivants pour les dispositifs d'accueil concrets, de proximité, si possible individualisés ; il apparaît également que ce premier contact est déterminant dans la perception ultérieure par l'infirmier nouvel arrivant de l'unité et son équipe, de l'établissement, et de la gériatrie en général<sup>60</sup>.

L'objectif est de repenser le parcours d'intégration du nouveau professionnel en gériatrie dans sa globalité, afin garantir un accueil sous la forme d'un accompagnement personnalisé et complet. La qualité de l'accueil est stratégique dans la mesure où elle conditionne la rapidité avec laquelle le nouvel arrivant va être pleinement opérationnel, mais aussi le développement d'un sentiment d'appartenance à l'égard de l'institution employeuse.

Les mesures envisagées consistent donc à repenser intégralement la procédure d'accueil en gériatrie, par la réorganisation des **journées d'accueil** au niveau du groupement et des sites, la refonte du **livret d'accueil** distribué à cette occasion aux nouveaux professionnels, et la mise en place d'une **formation d'adaptation à l'emploi** pour les infirmiers nouveaux arrivants en gériatrie.

#### **E) Utiliser la démarche de projet collectif pour rendre plus attractif le travail infirmier en gériatrie, en particulier en unités de soins de longue durée**

Le constat est celui d'une attractivité des sites et unités, au sein même de la Gériatrie, fortement déterminée par le **dynamisme du projet médico-soignant**, ainsi que ses déclinaisons au niveau des unités, et son affichage ; le rôle de l'encadrement supérieur (au niveau des sites) et de l'encadrement de proximité (au niveau des unités de soins), situés à l'interface entre les orientations institutionnelles et la manière dont celles-ci sont

---

<sup>60</sup> Enquête CCT, préc.

ressenties par les professionnels, apparaît comme particulièrement crucial dans la perspective d'une démarche d'amélioration de l'attractivité du lieu d'exercice<sup>61</sup>.

L'objectif est de permettre, par l'affichage d'une philosophie des soins partagée, et d'orientations institutionnelles fortes, de donner du sens au travail infirmier en gériatrie, et de permettre l'engagement des professionnels.

Les actions envisagées consistent à donner davantage d'ampleur et de visibilité aux projets transversaux en s'appuyant sur les cadres référents identifiés, à généraliser les temps d'échange pluridisciplinaires (« synthèses »), à favoriser le partage d'expérience et la mutualisation des bonnes pratiques par le biais de colloques, tables rondes, débats autour du travail en unités de soins de longue durée, et à renforcer l'accompagnement des cadres de proximité dans leur démarche de positionnement managérial.

#### **F) Faire connaître et valoriser l'image de la discipline gériatrique par des actions de communication ciblées du recruteur auprès des futurs diplômés**

Le constat est celui :

- D'une formation initiale en Institut de formation en Soins infirmier décrite par certains infirmiers nouveaux arrivants comme relativement théorique, n'abordant que très peu les réalités de terrain (dépendance, démence, accompagnement des personnes en fin de vie, communication non verbale, ...) <sup>62</sup> ;
- De représentations concernant le travail en gériatrie parfois fortement ancrées dans l'esprit des jeunes diplômés, qui peuvent laisser penser que le système de formation lui-même a intégré et véhiculé, plus ou moins consciemment, cette image négative <sup>63</sup> ;
- D'un dispositif d'affectation en gériatrie en échange d'un engagement de servir qui, par le biais des interprétations et rumeurs, a produit des effets dommageables pour l'attractivité de la discipline <sup>64</sup> ;

L'objectif est de promouvoir, par un partenariat avec des acteurs externes (IFSI), la discipline gériatrique, en intervenant sur les lieux de formations, au moment où les futurs professionnels sont encore largement en mesure de faire ce choix ; cela doit permettre de présenter de façon objective, concrète, et dynamique le quotidien du travail infirmier en gériatrie (approche globale du patient, technicité du court séjour, ...), afin de favoriser l'orientation des personnes intéressées sur ce secteur.

Les actions envisagées consistent donc à participer à la **rénovation du module d'enseignement sur la gériatrie** dans les deux IFSI gérés par l'établissement HCL, en sollicitant les gériatres du Pôle pour participer à cet enseignement, et à envisager la

---

<sup>61</sup> Enquête CCT, préc.

<sup>62</sup> Enquête CCT, préc.

<sup>63</sup> Entretiens avec les acteurs.

<sup>64</sup> Enquête CCT, préc. et entretiens avec les acteurs.

faisabilité d'une augmentation du nombre de **propositions de stages** dans les sites et services de gériatrie.

### **G) Faire de l'affectation en gériatrie une étape formatrice parmi d'autres du parcours professionnel infirmier**

Le constat est celui :

- D'un passage en gériatrie assez souvent subi (davantage que vécu comme un temps formateur) par les jeunes diplômés sous engagement de servir, dans l'attente d'une mutation interne vers un site généraliste ; cette expérience est en revanche décrite comme formatrice (y compris concernant les unités de soins de longue durée) par la majeure partie d'entre eux à l'issue des deux ans ;
- D'une préférence très nette des jeunes diplômés pour l'activité de court et moyen séjour, au détriment de celle de soins de longue durée, qu'ils justifient par la volonté compréhensible de maintenir leurs compétences techniques en vue de leur employabilité ultérieure dans une autre spécialité ;
- D'une mobilité intra-sites et intra-gériatrie assez peu organisée, et souvent sollicitée davantage dans une stratégie de fuite, que dans le cadre d'un réel projet professionnel.

Les objectifs sont donc d'organiser une mobilité intra et inter-sites en vue de répondre de façon équitable aux souhaits de mobilité, et de permettre l'acquisition des compétences afférentes à l'ensemble de la filière gériatrique.

Les actions envisagées consistent à organiser des **entretiens individuels** réguliers avec les infirmiers, afin de recenser leurs souhaits de mobilité et leur proposer des évolutions ; à mutualiser au niveau de l'ensemble de la Gériatrie les souhaits de mobilité, par la mise en place d'un **outil commun**, afin d'être en mesure d'y répondre de façon cohérente et efficace.

## **2.2 La mise en œuvre d'une stratégie d'attractivité et de fidélisation du personnel : premiers enseignements tirés**

### **2.2.1 Les actions mises en œuvre**

Parmi les actions dont la mise en œuvre a commencé, certaines ont été simplement observées, d'autres coordonnées.

#### **A) Les actions observées**

- 1) La prise de contact avec les futurs diplômés sous engagement de servir dans la perspective de l'affectation**

**a) L'information faite aux futurs diplômés concernant la procédure d'affectation**

Les infirmiers futurs diplômés 2007 ayant contracté un engagement de servir ont été contactés fin juin de cette année, par un courrier rédigé conjointement par la Directrice référente ressources humaines du Groupement et la Direction centrale du personnel ; ce courrier a été signé par cette dernière, afin de faciliter l'identification de l'interlocuteur.

Le courrier a été rédigé à la première personne, c'est-à-dire du point de vue du directeur du personnel, ce qui permet d'éviter l'impression d'une institution « sans tête ».

Son contenu vise à renforcer les relations entre ces jeunes diplômés et l'institution HCL, en expliquant et en individualisant davantage la procédure d'affectation dans une discipline prioritaire :

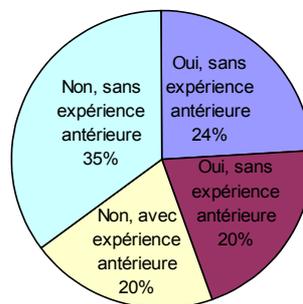
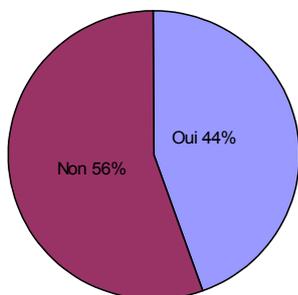
- Face au constat que les étudiants, une fois en formation, ont tendance à oublier la teneur du contrat passé avec l'établissement, le courrier rappelle que les HCL financent les études qu'ils sont en train d'achever ; il rappelle également l'engagement contracté lors de la signature du contrat, à savoir l'affectation en premier poste dans une discipline ayant des besoins prioritaires, pour une durée minimale de 2 ans ;
- Il mentionne en outre explicitement que ces besoins de recrutement sont particulièrement importants au sein du Groupement hospitalier de la gériatrie à l'heure actuelle (alors qu'aucune allusion n'est faite à cette discipline dans le contrat signé, la nature des besoins prioritaires étant évolutive), et qu'ils sont pour cette raison susceptibles d'être affectés dans cette discipline à l'issue de leur scolarité ;
- Le courrier précise enfin que l'institution HCL a le souci de tenir compte des souhaits de chacun, dans la mesure où cela est compatible avec les besoins institutionnels, et invite les futurs diplômés à indiquer un certain nombre d'éléments personnels et professionnels (préférences parmi les 8 sites et services de gériatrie ; existence d'une expérience antérieure en gériatrie ; souhait de travailler en gériatrie ; souhait de bénéficier d'un temps partiel ; contraintes particulières).

**b) Le recensement des souhaits des futurs diplômés**

Les décisions n'ont pas encore été prises par la Direction du personnel à ce jour, concernant la proportion d'infirmiers affectés en gériatrie par le biais de l'engagement de servir cette année, mais les résultats obtenus lors du recensement des souhaits sont tout à fait intéressants, au regard de la

**Incidence de l'expérience antérieure en gériatrie**

**Souhaitez vous être affecté en gériatrie ?**



cette discipline. De façon plus précise, parmi les personnes souhaitant travailler dans cette discipline, 24% ont une expérience antérieure en gériatrie, mais 20% acceptent alors qu'ils n'y ont jamais travaillé. Au sein des étudiants ayant refusé de travailler en gériatrie, 20% avaient une expérience antérieure dans ce domaine, et 35% ne le connaissaient pas.

Même si les résultats doivent être interprétés avec précautions, puisque les réponses ont été formulées dans un contexte où l'affectation en gériatrie était depuis quelques années quasi automatique, ils sont tout à fait encourageants. Ils nuancent en effet fortement le caractère non attractif souvent prêté à la discipline, dans la mesure où 1/5 des étudiants concernés acceptent d'y travailler alors qu'ils n'ont aucune expérience antérieure dans ce domaine, et où 1/3 d'entre eux seulement rejette l'idée d'y travailler a priori.

Les choix de sites formulés sont assez variés, et viennent nuancer l'idée que seuls les sites situés en centre ville, ou les services rattachés à un groupement multidisciplinaire (qui peuvent constituer une porte d'entrée vers une unité d'une autre discipline dans ce groupement) sont ceux systématiquement souhaités. Les deux sites les plus demandés en premier choix sont ceux où le nombre de lits de court et moyen séjour est le plus important (l'un en centre ville, l'autre très excentré).

**c) La mise au point d'outils de suivi des mouvements de personnel infirmier communs aux différents sites**

L'élaboration de ces outils est en cours de finalisation. Un des obstacles rencontrés concerne la difficulté à répondre à la fois aux besoins des bureaux du personnel des sites (inscription de la totalité des mouvements d'entrée et sortie, y compris ceux induits par une modification du temps de travail, exprimés en ETP rémunérés, pour l'ensemble du personnel de chaque site), et à ceux de l'encadrement soignant (recensement des départs du personnel infirmier, le plus souvent en ETP physique, et des recrutements envisagés, avec prise en compte des mutations internes au groupement).

**d) Le recensement des besoins et la détermination du nombre de postes à pourvoir par le biais de l'engagement de servir**

Le constat est celui d'un nombre correct de candidatures spontanées parvenues, de la part des futurs diplômés sortant d'IFSI, hors engagement de servir, puisque 12 candidatures ont été recensées au niveau de la gériatrie, fin septembre 2007. Ce chiffre, ainsi que l'analyse des préférences formulées par ces candidats, confirme bien la piste d'un potentiel d'attractivité des sites de gériatrie, à développer.

Les critères retenus (en toute liberté) se répartissent en effet de la façon suivante :

<b>Choix exprimés</b>	<b>Nombre de candidats</b>
Discipline gériatrique	2
Court séjour ou Soins de suite	1
Soins de suite et réadaptation ou autre discipline (neurologie)	1
Soins de longue durée ou autre discipline (pneumo, cardio)	1
1 seul site	4
Plusieurs sites proches	0
Plusieurs sites éloignés	3
<b>Total</b>	<b>12</b>

Alors qu'on pourrait penser que c'est davantage l'établissement, qui est choisi, du fait de sa localisation géographique, les souhaits formulés montre que le choix porte sur la discipline, ou sur l'une des étapes de la filière gériatrique, pour 5 candidatures, et sur des sites dispersés d'un bout à l'autre de Lyon pour 3 d'entre elles.

**e) La réorganisation des journées d'accueil et le travail sur le livret d'accueil**

Un groupe « amélioration de l'accueil des nouveaux professionnels » a été constitué en avril 2007.

Concernant le **livret d'accueil**, le travail a abouti à la création d'un document unique au niveau du groupement, ce qui n'était pas le cas auparavant (un livret d'accueil pour chaque site). Deux versions ont été mises au point :

- Une version détaillée, à destination du **personnel titulaire**, stagiaire et permanent : ce livret comporte une description de l'établissement HCL (missions, activités, ressources, organisation), du Groupement hospitalier de la gériatrie, des droits et obligations des agents, ainsi qu'une présentation de chacun des 8 sites de gériatrie.
- Une version condensée, à destination du **personnel de remplacement** : il est composé principalement de la partie sur les droits et obligations du précédent, et d'une annexe relative au site dans lequel l'agent est affecté.

Le livret doit être remis à l'agent par le bureau du personnel, à l'exception des trois sites de gériatrie situés sur les groupements mutidisciplinaires, où il sera remis par le cadre de l'unité d'affectation. Il a vocation à évoluer en fonction des remarques formulées par le personnel (remise d'un questionnaire aux agents au bout de 3 mois d'affectation), et à être réactualisé annuellement par le groupe de travail.

Le livret s'efforce, par un style direct et de proximité ainsi qu'une description assez détaillée de l'organisation et des démarches de projet en cours, de favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance de l'agent par rapport à l'institution (établissement HCL, Groupement hospitalier de Gériatrie et Pôle d'Activités Médicales de gériatrie, site d'affectation). Actuellement, il semble que ce sentiment soit le plus souvent ressenti au niveau de l'unité de soins<sup>65</sup>, ce dont témoigne la difficulté à organiser la mobilité interne (entre unités ou entre sites).

La **procédure d'accueil** quant à elle est en cours de rénovation.

## 2) Les actions conduites

Les deux actions principalement coordonnées concernent la formation, et la connaissance des caractéristiques de la population infirmière du Groupement.

### a) L'organisation de la première session de formation d'adaptation à l'emploi « Etre nouvel infirmier en gériatrie »

La formation d'adaptation à l'emploi mise en place à partir de cette année s'adresse pour la première fois à l'ensemble des infirmiers nouveaux arrivants en gériatrie, à la différence des formations existantes accessible à l'ensemble du personnel infirmier et dont peuvent bénéficier ponctuellement les nouveaux arrivants.

La formation a été conçue à partir de trois principes :

- **Partir des besoins** des infirmiers nouveaux arrivants eux-mêmes, au travers des éléments recueillis lors de l'enquête effectuée par les Conseillers Conditions de Travail ;
- Favoriser **l'implication des responsables** administratifs, médicaux et soignants dans le déroulement de cette formation, afin de manifester l'intérêt et l'investissement de l'institution dans cette problématique ;
- Promouvoir les **échanges pluridisciplinaires**, et en particulier médico-soignants.

Le choix a été fait de proposer cette formation après 2 à 3 mois d'exercice en gériatrie, afin qu'elle soit la plus profitable possible, cette durée étant exceptionnellement portée à 9 mois cette année, afin de bénéficier de crédits non reconductibles. Il a également été décidé de répartir cette formation sur deux jours pour chaque infirmière, et de constituer quatre sessions distinctes, afin de ne pas ponctionner trop lourdement les services.

---

<sup>65</sup> Enquête CCT, préc.

Elle s'inspire, dans son contenu, des formations existantes concernant l'approche clinique de la personne âgées, qui sont fortement appréciées par les soignants en ayant bénéficié, mais en y ajoutant un temps d'échange pluri-professionnel. La formation comporte ainsi deux temps :

- Une première journée, assurée par un organisme de formation externe, au cours de laquelle est abordée l'ensemble des spécificités du sujet âgé et des soins infirmiers en gériatrie sous un **angle clinique** ;
- Une seconde journée, assurée par des ressources internes, visant à permettre les **échanges sur la pratique** autour des questionnements techniques et relationnels rencontrés par les nouveaux arrivants, sous la forme d'ateliers thématiques pluridisciplinaires (animés par une psychologue du travail, en lien avec un binôme gériatre/cadre soignant, avec la présence d'infirmiers et d'aides soignants expérimentés).

L'organisation de la formation constitue également un moyen, par le biais de la composition des ateliers, de reconnaître et valoriser l'engagement et l'expertise de professionnels.

Le dispositif a vocation à être reconduit chaque année s'il donne satisfaction, et à évoluer en fonction des remarques formulées par les infirmiers nouveaux arrivants.

#### **b) La réalisation d'une étude de population portant sur l'ensemble des infirmiers du pôle/groupement**

Les premiers résultats de cette étude, menée en lien avec un informaticien de la Direction centrale du personnel, sont présentés en annexe. Une discussion prochaine est prévue sur les indicateurs pertinents à mettre en place en routine.

#### **2.2.2 Les difficultés posées et les premiers enseignements tirés**

L'observation des débuts de la mise en œuvre du plan, ainsi que la conduite de certaines de ses actions, ont permis de noter au fur et à mesure les obstacles potentiels dans le cadre d'une démarche d'attractivité et de fidélisation du personnel. L'identification de ces difficultés a permis d'en tirer quelques enseignements quant aux conditions pouvant en favoriser la réussite.

#### **A) Les difficultés rencontrées**

Si les objectifs d'une telle démarche sont a priori relativement consensuels (peu d'opposition lors de la réception du plan d'action par les différents acteurs), les difficultés posées ne sont, au regard de l'expérience vécue, pas à minimiser, et renvoient à directement à la complexité de l'organisation hospitalière, autant qu'à celle de la relation de travail.

## 1) La délicate coordination des acteurs concernés

La difficulté résulte, comme dans toute démarche de projet, de parvenir à dépasser les divergences d'intérêt des acteurs et les nécessaires enjeux de pouvoirs, pour atteindre par une coopération étroite un objectif légitime au regard des coûts entraînés par les dysfonctionnements constatés, celui d'un processus de recrutement performant au niveau du Groupement hospitalier de la Gériatrie des Hospices Civils de Lyon.

### a) La coordination entre les différents acteurs internes

Le projet implique en effet trois niveaux de décisions internes :

- Le niveau **central**, avec la Direction centrale du personnel et des affaires sociales, et la Direction centrale des soins infirmiers ;
- La Direction du **Groupement** Hospitalier de la Gériatrie, avec en outre les directions des autres groupements pour les trois services de gériatrie situés sur des groupements multidisciplinaires rattachés au pôle gériatrique ;
- Les directions de **sites** (5 hôpitaux gériatriques).

Le projet se trouve en outre au carrefour de quatre domaines :

- Le champ des **ressources humaines** est évidemment concerné au premier chef, les interlocuteurs étant alors le directeur adjoint à la directrice du personnel chargé des recrutements et de la formation, la directrice référente des ressources humaines du groupement, les personnes chargées de la formation (au niveau du groupement et au niveau central) ;
- Le domaine des **soins infirmiers**, avec pour interlocuteurs la Coordinatrice des soins du Groupement, les cadres supérieurs de santé de chaque site ou les cadres de santé de chaque service, et les cadres de santé référents sur les fonctions transversales concernées ;
- Le champ du **projet médical**, avec pour interlocuteurs le médecin responsable de pôle, et les médecins éventuellement référents sur les fonctions transversales concernées ;
- Le champ des **conditions de travail**, avec les Conseillers Conditions de Travail (psychologues cliniciens, psychologues du travail, ergonomes), et la médecine du travail.

### b) La coordination avec les acteurs externes

Le projet implique également ponctuellement un travail en partenariat avec des institutions externes :

- Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, dont certains sont néanmoins rattachés juridiquement à l'établissement HCL ;
- Des organismes de formation continue.

## 2) L'hétérogénéité des sites

La difficulté réside ici dans la nécessité, pour des raisons de clarté et d'efficacité, de proposer un seul et unique plan d'action, pour répondre à des situations d'attractivité hétérogènes. On constate en particulier que :

- L'accessibilité par les transports en commun est variable d'un site à l'autre, de même que les possibilités de stationnement, ce qui semble avoir une influence non négligeable sur l'attractivité ;
- La part des lits de court et moyen séjour par rapport au nombre total des lits influence également positivement l'attractivité d'un site ;
- Certains projets médico-soignants sont manifestement identifiés (par le biais du bouche à oreille) comme particulièrement dynamiques par les candidats potentiels, ce qui a tendance à influencer là encore notablement la demande d'emploi.
- Les ratios en personnel soignant par lit, qui pour des raisons d'organisation (taille des unités notamment) et de dotations historiques des sites, ne sont pas nécessairement les mêmes d'un site à l'autre, ce qui peut également influencer l'attractivité pour les candidats.

Toute la difficulté est donc de parvenir à une application du plan respectueuse des spécificités locales, tout en donnant un élan d'ensemble, nécessaire à l'adhésion au projet, et à la consolidation du sentiment d'appartenance au Groupement.

## 3) La complexité de la relation au travail et à l'organisation

Cette difficulté résulte de la subtilité de la relation au travail en général, et des personnels soignants à l'hôpital en particulier :

- Les **attentes** professionnelles des infirmiers sont extrêmement **variables** : elles semblent globalement marquées par des évolutions importantes, si l'on en croit les difficultés de cohabitation parfois décrites entre les « anciennes », et la « jeune génération », pour qui le travail serait moins envisagé comme une finalité qu'auparavant ; elles sont en outre différentes selon le stade de l'itinéraire professionnel concerné ;
- La stabilité des relations professionnelles (l'ancienneté en gériatrie) ne traduit pas nécessairement un degré élevé de satisfaction, de motivation, d'engagement dans le travail ; elle peut en effet avoir d'autres causes, tel que l'incapacité supposée ou réelle d'exercer dans une autre discipline, la réticence à changer de lieu de travail (unité, site) et/ou de lieu d'habitation. L'ancienneté n'est donc pas incompatible avec des **comportements de retrait** tout aussi préjudiciables que le turn-over (en termes de qualité du service rendu, et en termes financiers) à l'institution.
- L'amélioration de la qualité des relations professionnelles qu'implique une démarche de fidélisation se heurte à la nécessité de dépasser les **représentations**, concernant

la « hiérarchie », parfois présentes dans les unités de soins. Il est en effet important que la démarche d'accompagnement professionnel et de soutien social mise en place ne soit pas mal interprétée, et vécue comme imposée.

## **B) Les conditions de réussite**

Compte tenu des difficultés identifiées, les conditions de réussites possibles résident à la fois dans une volonté d'agir autour d'un constat partagé, et dans une méthodologie rigoureuse.

### **1) Une volonté d'agir partagée**

Cette volonté, logiquement impulsée par la Direction doit, pour produire pleinement ses effets, être relayée par les différents champs et niveaux de décisions concernés.

#### **a) Un engagement fort de la Direction**

Le volontarisme affiché de la Direction du Groupement à l'égard du projet a incontestablement constitué un atout lors de sa mise en œuvre. Le projet a également rencontré un intérêt certain au niveau de la Direction centrale du personnel, alors même les enjeux de la question sont complexes (nécessité de trouver une affectation pour l'ensemble des personnes sous engagement de servir de la promotion sortante ; nécessité de trouver des critères permettant de déterminer qui est affecté ou non en gériatrie, dès lors que l'on décide que l'ensemble de la promotion sortante ne sera pas affectée en gériatrie ; régulation budgétaire en fin d'année), et que les attentes des sites par rapport à la direction centrale concernant cette question du recrutement infirmier sont parfois ambivalentes ou changeantes (volonté de recruter au plus proche du terrain ou volonté d'être aidé en central en cas de pénurie ou de difficulté sectorielle ; volonté de recruter par tous moyens y compris celui de l'engagement de servir ou volonté de choisir les profils).

#### **b) L'adhésion au projet des différents acteurs concernés**

L'expérience vécue montre que, malgré le but en apparence extrêmement consensuel poursuivi (remédier à l'instabilité des équipes infirmières, et aux problèmes de recrutement infirmier, décrits par tous comme un réel problème), la mobilisation des acteurs autour des objectifs et moyens fixés reste complexe.

Au-delà des enjeux de pouvoir inévitables, l'un des facteurs d'explication réside sans doute dans le fait que les acteurs intermédiaires et de proximité sont fortement accaparés par la gestion opérationnelle quotidienne et le traitement des affaires urgentes. Un autre élément d'explication possible est la prégnance encore importante de la logique de site qui nécessite, de façon compréhensible, de convaincre à chaque fois les acteurs qu'ils seront gagnants à se mobiliser collectivement.

Il importe donc de ne pas négliger la phase de **communication interne** autour du projet, afin de s'assurer qu'au-delà d'une adhésion de principe, l'ensemble des acteurs se sent concerné, perçoit sa part de responsabilité dans le score collectif d'attractivité ainsi que sa capacité à influencer positivement sur ce score.

## **2) Une méthodologie rigoureuse**

Là encore, le caractère consensuel du but poursuivi ne doit pas laisser penser qu'on peut se dispenser d'une démarche de projet bien structurée. Un besoin s'est clairement fait sentir à ce titre, après une période initiale de mise en œuvre dans un cadre relativement informel, de formaliser la démarche en mettant en place un comité de suivi de l'application du plan. La composition du comité a été établie de façon à rester de taille raisonnable, tout en assurant la représentation des différents champs professionnels concernés.

### **3 D'une politique de recrutement et de formation mieux adaptées à une stratégie d'attractivité par l'amélioration de la satisfaction au travail**

La satisfaction au travail s'entend ici au sens d'un niveau élevé de couverture des attentes professionnelles d'un individu à un moment donné<sup>66</sup>. L'analyse des déterminants de la satisfaction au travail chez les infirmiers, et des leviers d'action à disposition du Groupement en la matière, doit permettre de formuler quelques propositions complémentaires visant à améliorer l'attractivité du Groupement.

#### **3.1 La détermination des leviers d'actions à partir des différents travaux menés sur la satisfaction au travail des infirmiers**

##### **3.1.1 L'apport des études menées sur les déterminants de la satisfaction au travail chez les infirmiers**

Il apparaît souhaitable de combiner les résultats nationaux concernant la profession infirmière dans son ensemble, et les résultats locaux relatifs aux infirmiers exerçant en gériatrie.

##### **A) Les premiers résultats de l'étude européenne PRESST-NEXT**

###### **1) Objectifs, méthodologie, et échantillon de l'étude**

L'étude européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study) menée dans dix pays vise à identifier les raisons et circonstances des départs prématurés des professionnels paramédicaux de leur profession, et à proposer des solutions pour permettre aux salariés vieillissants de conserver une capacité de travail satisfaisante jusqu'à leur retraite.

Concernant l'échantillon français, cinq régions ont été sélectionnées, avec l'aide de la DHOS, pour leur caractère représentatif de la situation nationale ; la région Rhône Alpes a été entre autre retenue, du fait notamment des mouvements migratoires particuliers qui l'affectent.

Dans chaque région, un panel d'établissements a été déterminé, avec l'aide des ARH et DRASS concernées, de façon à représenter les différents secteurs conformément à leur répartition nationale (les établissements hospitaliers urbains de grande ville, de villes moyennes, et de zones rurales ; établissements psychiatriques ; établissements privés à but lucratif et non lucratif, cliniques privées, maisons de retraite). L'étude a également été étendue à six hôpitaux de l'AP-HP. L'échantillon comprend au total 55 établissements de santé.

---

<sup>66</sup> Définition formulée à partir des réflexions de P. Paillé, préc.

La première étape de l'étude a été effectuée au moyen d'un questionnaire envoyé par la poste à l'ensemble des soignants de l'échantillon au 1<sup>er</sup> octobre 2002. L'enveloppe reçue par chaque soignant à son domicile contenait le questionnaire, accompagné d'une page d'explication et d'une enveloppe prépayée pour la réponse ; l'anonymat complet a été préservé.

## 2) Les résultats

Les résultats exploités ici sont ceux concernant spécifiquement la profession infirmière, qui ont été retraités à part afin d'analyser notamment les raisons pour les lesquelles les infirmiers ont envie de rester ou de partir d'un établissement donné<sup>67</sup>. Au total, 3689 infirmiers (IDE et infirmiers spécialisés) ont répondu à l'enquête.

### a) Constats généraux

De façon générale, l'étude fait apparaître deux résultats préalables intéressants :

- Plus du quart des infirmiers est sollicité par d'autres établissements de soins pour y travailler, ce qui confirme le contexte fortement concurrentiel induit par la situation de plein emploi<sup>68</sup> ;
- Parmi les 3689 infirmiers ayant répondu, 36,8% pensent souvent à changer d'établissement ; ce taux passe à 37,5% concernant la région Rhône Alpes (contre 41,4% en IDF, 31% en Poitou Charente, et 30% concernant la profession ASD en Rhône Alpes).

### b) L'analyse des déterminants des départs ou de la volonté de rester dans un établissement

L'intention de rester ou changer d'établissement apparaît corrélée avec un certain nombre de facteurs. Les facteurs liés à la santé des infirmiers ont été écartés, pour s'intéresser à l'aspect satisfaction au travail. Les corrélations sont indiquées par le signe + lorsque l'intention de rester dans l'établissement augmente avec ce facteur, et par un signe - lorsque l'intention de partir de l'établissement augmente avec ce facteur. Sont en gras les facteurs dont le rôle propre, déterminé à partir d'une analyse multivariée, est le plus élevé.

Facteurs	Correlation
L'âge croissant de l'infirmier	+
Le fait d'avoir des enfants en bas âge (moins de 7 ans)	-
<b>Un temps de trajet important pour venir au travail</b>	-
L'existence de postes vacants dans le service	-
La fréquence des changements de postes	-

<sup>67</sup> M. ESTRYN-BEHAR et al., Rester ou changer d'établissement ; résultats infirmiers de l'enquête PRESST-NEXT, Gestions hospitalières, Décembre 2006.

<sup>68</sup> M. ESTRYN-BEHAR et al., Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, 2004.

Le fait de se lever souvent avant 5h	-
<b>Un nombre important de week-ends (1 samedi et/ou un dimanche) travaillés</b>	-
Le fait de devoir changer d'horaires dans un délai court plus de deux fois par mois	-
<b>L'existence de relations de bonne qualité avec les collègues</b>	+
<b>L'existence de relations de bonne qualité avec le cadre de santé</b>	+
L'insatisfaction quant à soutien psychologique reçu au travail	-
<b>Le fait d'avoir souvent des informations inadéquates sur les patients pris en charge</b>	-
<b>Le sentiment de manquer de temps pour réaliser le travail</b>	-
<b>Le fait de ne pas s'estimer assez qualifié pour les tâches à réaliser</b>	-
<b>La crainte de faire des erreurs</b>	-
<b>Un temps de chevauchement entre équipes successives estimé insuffisant</b>	-
Le fait d'être confronté souvent à des traitements qui semblent inappropriés	-
La survenue d'épisodes violents de la part des patients ou des familles	-
L'insatisfaction concernant les conditions physiques de travail	-
<b>La satisfaction quant à l'utilisation des compétences</b>	+
Les perspectives d'évolution de carrière offertes	+

## **B) Les études menées au niveau du Groupement sur la satisfaction au travail des infirmiers en gériatrie**

### **1) L'étude menée sur l'hôpital Antoine Charial en 2004**

Cette étude a été menée par une étudiante en psychologie du travail à l'Institut de psychologie de l'Université de Lyon II<sup>69</sup>. Le travail a été mené dans le cadre d'une commande conjointe de la DPAS et de la direction d'un des sites du Groupement de la gériatrie, particulièrement affecté par les problèmes de recrutement infirmier à l'époque. L'étude a porté sur l'analyse des déterminants de l'attractivité de l'établissement HCL, de la discipline gériatrique, et de l'hôpital concerné lui-même, à partir du discours des infirmiers en poste en gériatrie, des futurs diplômés s'apprêtant à prendre leur premier poste, et des autres acteurs. L'enquête a été effectuée à l'aide d'entretiens semi-directifs et d'un questionnaire. Les résultats font notamment apparaître deux éléments intéressants :

#### **a) Les critères de choix des jeunes professionnels pour choisir leur première affectation**

Ces critères varient dans leur contenu et leur ordre de priorité, selon qu'il s'agit de personnes sous engagement de servir ou non.

<sup>69</sup> F. CHABLI, Mémoire de DESS de psychologie du travail, 2004, Université Lyon II.

- Concernant les **futurs diplômés hors engagement de servir**, pour qui la gériatrie est simplement une possibilité parmi d'autres, les 6 critères les plus souvent cités pour juger de l'attractivité d'un poste sont :

- 1) La solidarité dans l'équipe
- 2) Le dynamisme de l'équipe
- 3) Les moyens humains (effectifs, ...)
- 4) Les moyens matériels du service
- 5) L'aménagement du temps de travail (question des plannings)
- 6) La qualité de l'intégration des nouveaux arrivants

- Concernant les **futurs diplômés sous engagement de servir**, qui savent à l'heure où ils ont répondu qu'ils seront probablement affectés en gériatrie et peuvent éventuellement choisir entre les différents sites :

- 1) La collaboration entre aides-soignants et infirmiers
- 2) Le dynamisme de l'équipe
- 3) Les moyens matériels du service
- 4) L'aménagement du temps de travail
- 5) Le temps pour effectuer le travail dans de bonnes conditions

**b) Les solutions proposées par les futurs diplômés eux-mêmes pour remédier à l'attractivité des hôpitaux gériatriques**

Cet élément a été analysé à partir d'une question d'expression libre située en fin de questionnaire. Les réponses ont été regroupées par ordre thématique. Les pistes plus souvent mentionnées sont :

- Adapter les **effectifs** par rapport à l'activité (62,37% des réponses) ;
- Augmenter les **aides techniques** et le matériel, notamment pour alléger de la charge de travail notamment lors de la manutention (25,77% des réponses) ;
- Améliorer la rémunération par une prime de pénibilité, une augmentation des salaires (23,71% des réponses) ;
- **Réaménager les unités** de façon à ne pas dépasser 20 à 25 lits (22,16% des réponses) ;
- Promouvoir la **mobilité** interne et les mutations externes, dans une optique de parcours professionnel, comme de renouvellement des équipes (19,59% des réponses) ;
- Laisser la place au **choix** pour les futurs diplômés sous engagement de servir choisir librement de venir travailler ou non en gériatrie ;
- Travailler sur l'**aménagement des locaux** en soins de longue durée, pour en faire de véritables lieux de vie (15,98% des réponses) ;

- **Diminuer le nombre de toilettes** effectuées par chaque professionnel dans une séquence de travail (15,46% des réponses).

## **2) L'étude menée sur l'hôpital des Charpennes de mai à juillet 2005**

Cette étude a été menée dans le cadre d'un master en management des ressources humaines, effectuée à l'Institut de Gestion de Rennes, par une élève-directrice de la promotion 2004-2006, en stage sur le Groupement hospitalier de la gériatrie, et plus particulièrement aux Charpennes<sup>70</sup>.

La méthodologie utilisée est à la fois qualitative et quantitative : questionnaire anonyme proposé à l'ensemble du personnel infirmier du site (élaboré à partir du Job Diagnostic Survey), puis entretiens individuels avec des questions ouvertes.

### **a) Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail les plus souvent retenus**

Ces facteurs sont ceux retenus par parmi une liste. L'analyse des 48 questionnaires rendus (taux de retour de 60,52%) fait apparaître les facteurs suivants :

#### **- Les principaux motifs de satisfaction :**

- 1) La stabilité de l'emploi (91%)
- 2) L'indépendance d'action et de réflexion dans le travail (74%)
- 3) La possibilité d'utiliser ses capacités
- 4) Le développement personnel
- 5) L'encadrement de proximité

#### **- Les principaux motifs d'insatisfaction :**

- 1) Le salaire (72%)
- 2) Les conditions de travail (67%)
- 3) Le manque de retour sur leur travail
- 4) L'interruption des tâches (28%)

### **b) L'analyse du profil des personnes les plus satisfaites et insatisfaites**

Cette analyse fait apparaître 3 éléments :

- Les personnes ayant plus de **10 ans d'ancienneté** sont plus souvent satisfaites.
- Concernant l'âge, les personnes les plus souvent satisfaites sont celles de **30 à 39 ans** ; par ailleurs l'affirmation « je pense souvent à quitter mon emploi » augmente régulièrement avec l'âge.
- Les personnes satisfaites exercent plus souvent en unité de **médecine gériatrique**, qu'en soins de longue durée.

---

<sup>70</sup> O. CORTOT, Aux sources de la satisfaction du travail des infirmières en gériatrie, mémoire de master en gestion des ressources humaines/mémoire ENSP, 2005.

### **c) Les sources de satisfaction et d'insatisfaction librement citées**

Ces facteurs sont ceux qui ressortent d'une analyse thématique du discours des infirmiers, au travers de 11 entretiens menés.

#### **- Les principaux motifs de satisfaction :**

- La relation avec le patient ;
- L'accomplissement d'un travail dans de bonnes conditions : le fait d'avoir le temps de réaliser son travail ; l'organisation efficiente ; le sentiment du « travail bien fait » ;
- L'ambiance de travail : qualité de la coopération et de la solidarité dans l'équipe.

#### **- Les principaux motifs d'insatisfaction :**

- L'**accroissement de la charge de travail**, attribuée aux « sous-effectifs », à la multiplication des tâches confiées aux infirmiers (soignantes, administratives), et à la dégradation de l'état général des patients ;
- Le **manque de temps**, notamment pour la réflexion, la distanciation, l'échange (temps de pause, temps de relèves, espaces de parole), et une relation particulière avec le patient ; ce manque de temps est également évoqué sous l'angle de la conciliation vie personnelle/vie professionnelle parfois problématique.
- Le **manque de reconnaissance** : ce manque concerne la hiérarchie administrative et soignante (les cadres de proximité étant toutefois considérés différemment, comme des interlocuteurs-clé) ; le ressenti est celui d'un manque de retour sur les pratiques en dehors des cas de fautes commises, de remerciement et encouragements insuffisants, de propositions trop rarement prises en considération, de rapports relativement désincarnés et d'une automatisation du travail ; ce manque de reconnaissance concerne également le corps médical, dont la perception par les infirmières est ambivalente : l'importance de l'accessibilité, de la disponibilité, de la participation au travail d'équipe, de l'information, de la prise en considération des propositions, et du respect est soulignée.

### **3.1.2 Diagnostic des leviers d'action du Groupement de la Gériatrie en matière de satisfaction des infirmiers au travail**

Les différents facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail dégagés par les différentes études se recoupent pour partie, et peuvent être regroupés en onze thématiques. Le sens de la corrélation a été indiqué de la même manière que précédemment. Chaque facteur est qualifié en fonction de l'importance grossièrement estimée de son rôle propre concernant l'attractivité des sites de gériatrie, et de l'importance des marges de manœuvre dont dispose le groupement en la matière. L'indication « existant » signifie que le facteur concerné n'est pas quelque chose sur lequel on peut agir mais constitue un atout préexistant.

Facteur	Corrélation	Importance	Marges de manœuvre
<b>L'affectation et la gestion du personnel</b>			
L'ancienneté	+ et -	Assez forte	Assez faibles
L'âge	+ et -	Assez forte	Assez faibles
La possibilité ou la perspective d'exercer en médecine gériatrique	+	Forte	Fortes
La qualité de l'intégration des nouveaux arrivants	+	Forte	Fortes
L'existence de postes vacants dans le service	-	Forte	Faibles
La mobilité	+ et -	Assez forte	Assez fortes
La possibilité de choisir d'exercer en gériatrie	+	Forte	Fortes
La stabilité de l'emploi	+	Faible	Existant (non spécifique)
Le salaire (primes de pénibilité)	-	Forte	Faible
<b>Les difficultés de conciliation vie personnelle /vie professionnelle</b>			
Temps de trajet	-	Forte	Faibles
Accès à des services de garde d'enfant	+	Forte	Assez faibles
<b>La qualité des soins</b>			
L'interruption des tâches	-	Assez forte	Faibles
Organisation efficiente	+	Assez forte	Assez fortes
Qualité de la coopération avec l'équipe médicale	+	Forte	Assez fortes
La relation avec le patient	+	Forte	Existant
La crainte de faire des erreurs	-	Forte	Assez fortes
Le sentiment d'être insuffisamment qualifié pour faire certaines tâches	-	Forte	Assez faibles
<b>L'organisation du travail</b>			
Le fait de se lever souvent avant 5h	-	Forte	Assez fortes
Le nombre de week-ends travaillés	-	Forte	Assez faibles
Le fait de devoir changer d'horaires dans un délai court	-	Forte	Assez faibles
<b>Le sentiment d'accroissement de la charge de travail</b>			
Situation des effectifs	-	Forte	Faibles
Importance des tâches annexes confiées aux infirmiers	-	Assez forte	Assez faibles
Dégradation de l'état général des patients	-	Forte	Faibles
<b>Le manque de temps pour la réflexion, la distanciation, l'échange</b>			
L'existence de temps de chevauchement suffisants pour les transmissions	+	Forte	Fortes
Les espaces d'échanges pluridisciplinaires	+	Forte	Fortes
Les espaces de parole	+	Forte	Fortes
<b>Ambiance de travail</b>			
Qualité des relations avec les collègues	+	Forte	Assez faibles
Qualité des relations avec le cadre de proximité	+	Forte	Assez fortes
Le dynamisme de l'équipe	+	Forte	Assez fortes
La qualité de la collaboration ASD/IDE	+	Forte	Assez fortes
<b>Le manque de reconnaissance</b>			
Proximité et personnalisation des rapports avec la hiérarchie	+	Forte	Fortes
Remerciements et encouragements en cas de situations difficiles	+	Forte	Fortes
Prise en considération des propositions	+	Forte	Fortes
<b>La charge psychologique importante</b>			
Charge psychologique importante	-	Forte	Faibles

Qualité du soutien de l'institution	+	Forte	Fortes
La survenue d'épisodes violents de la part des patients ou des familles	-	Forte	Assez faibles
<b>Les aspects matériels</b>			
Les moyens matériels	+	Forte	Existant
La taille importante des unités	-	Assez forte	Faibles
L'aménagement insuffisant des locaux en SLD (lieux de vie)	-	Assez forte	Assez faibles
<b>La réalisation professionnelle</b>			
La possibilité d'utiliser ses capacités	+	Forte	Existant
L'indépendance d'action et de réflexion dans le travail	+	Forte	Existant
Le développement personnel	+	Forte	Existant
Les perspectives d'évolution	+	Forte	Existant

Si l'on regroupe les items dont l'importance est forte ou assez forte, et sur lesquels on dispose de marge de manœuvre fortes ou assez fortes, les leviers d'actions sont les suivants :

	<b>Leviers d'action</b>	<b>Stade de l'action</b>
<b>Laisser le choix d'exercer en gériatrie</b>	Modalités et communication autour de la procédure d'affectation des personnes sous engagement de servir	<i>En cours</i> <i>- Travail sur la procédure d'affectation</i>
<b>Améliorer la qualité de l'intégration des nouveaux arrivants</b>	Journées d'accueil Livret d'accueil Tutorat Temps de doublure	<i>En cours :</i> <i>- Réorganisation des journées d'accueil</i> <i>- Refonte du livret d'accueil</i>
<b>Donner la possibilité d'exercer en médecine gériatrique</b>	Construction de parcours professionnels en gériatrie	<i>Action envisagée</i>
<b>Améliorer les organisations de travail de façon à permettre l'existence de temps de chevauchement suffisants pour les transmissions</b>	Organisation des temps de synthèse	<i>Situations variables selon les unités</i>
<b>Généraliser les espaces d'échanges pluridisciplinaires</b>	Synthèses Colloques, tables rondes thématiques	<i>En partie en cours :</i> <i>- Formation d'adaptation à l'emploi</i>
<b>Prendre acte des difficultés au travail et améliorer la qualité du soutien social de l'institution (crainte de faire des erreurs, gestion de l'agressivité, gestion de la fin de vie, ...)</b>		<i>En cours</i> <i>- Formation d'adaptation à l'emploi</i>
<b>Mettre en place des espaces de parole</b>	Groupes d'analyse de la pratique, Groupes de parole Suivi par les psychologues du travail et cliniciens	<i>Situations variables selon les unités</i>
<b>Favoriser une plus grande proximité et la personnalisation des rapports avec la hiérarchie Adresser des remerciements et encouragements au personnel en cas de situations difficiles</b>	Moments de convivialité Lettre à une unité en cas de service rendu important, ...	
<b>Prendre en considération les propositions du personnel</b>	Tableaux d'expression libres Réunions institutionnelles Projets transversaux Management participatif	
<b>Mettre en place une mobilité organisée</b>		<i>Action envisagée</i>
<b>Favoriser la coopération avec l'équipe médicale</b>	« Synthèses » ou « staff » Colloques Transmission de l'information	<i>Situations variables selon les unités</i>
<b>Organiser le temps de travail de façon à éviter de faire venir le personnel trop tôt lorsque cela n'est pas indispensable</b>	Modèles journaliers	<i>Question évoquée</i>

En outre, les items « existants » sont autant d'atouts à valoriser davantage dans le cadre d'une politique de communication du recruteur auprès des recrutés :

- La **possibilité d'utiliser ses compétences** : cette possibilité est reconnue par les jeunes professionnels ayant exercé en gériatrie, en particulier en médecine gériatrique ;
- L'**indépendance d'action et de réflexion dans le travail**, permise par la discipline (en veillant toutefois à ce qu'elle ne soit pas excessive) ;
- Le **développement personnel**, du fait dans la confrontation à des situations difficiles, à des questionnements existentiels, et à l'approche globale du patient, qu'implique la discipline gériatrique ;
- Les **perspectives d'évolutions de carrière**, telle que la promotion professionnelle, et la formation continue en général, qui sont importantes au niveau de l'établissement HCL ;
- Les **moyens matériels** : les taux d'équipements élevés en gériatrie, comparativement à d'autres CHU, concernant les appareils destinés à aider à la manutention des malades ;

## **3.2 Propositions en vue de l'élaboration d'une stratégie d'attractivité par la satisfaction au travail**

### **3.2.1 Placer la personne au centre du processus de recrutement et d'intégration**

Cette conception se justifie en particulier pour deux raisons, liée à l'évolution de la relation au travail :

- La recherche d'une adéquation entre vie personnelle et vie professionnelle, dans une logique de d'échange gagnant/gagnant est très présente dans l'esprit des nouvelles générations ;
- La question de l'épanouissement personnel au travail prend une importance croissante, avec la multiplication des procédures, et la réduction du nombre de jours travaillés pour les mêmes tâches impliquée par la RTT.

#### **A) Recruter de façon diversifiée en donnant le choix et, autant que possible, en choisissant**

L'idée est ici que la meilleure façon de fidéliser est paradoxalement de donner en permanence la possibilité de choisir, cette possibilité pouvant en outre permettre à d'autres personnes d'avoir envie de faire même. Cette idée est à la base du travail entrepris en partenariat avec la Direction centrale du personnel sur le mode d'affectation

des personnes sous engagement de servir. Elle pourrait être prolongée par une réflexion sur la manière dont on gère les mutations « externes » (hors de la gériatrie) : la nécessité d'avoir les effectifs suffisants à tout moment de l'année conduit parfois l'institution à presser les jeunes professionnelles hésitant à rester en gériatrie de prendre leur décision ; cela peut paradoxalement aboutir à raccourcir le parcours en gériatrie, par peur de « louper le coche ».

Une autre piste pourrait être, avec l'amélioration du marché de l'emploi infirmier, de remettre le processus de recrutement « à l'endroit », en partant des besoins de la discipline en général et des postes concernés en particulier, pour choisir les professionnels qu'on souhaite recruter en fonction de leur profil. La consultation des lettres de motivation adressées cette année par les candidats spontanés montre qu'il existe des personnes ayant un projet gériatrique pensé et étoffé. Ces personnes sont certainement moins nombreuses parmi les infirmières que celles qui ont envie de travailler aux urgences ou en réanimation, mais devraient en tous les cas être privilégiées. Une des solutions pourrait être à cet égard de constituer un vivier de candidatures actualisé au niveau du Groupement.

Enfin, les expériences menées ponctuellement montrent que le recrutement de profils variés d'infirmiers a des effets positifs sur la cohésion des unités. Le recrutement récent d'une aide-soignante malentendante dans une unité de soins de longue durée s'avère en particulier être une réussite (l'équipe a décidé d'apprendre la langue des signes pour mieux communiquer avec elle). La mixité « anciennes »/ « jeunes » apparaît également essentielle. Le recrutement d'infirmiers déjà expérimentés apparaît particulièrement intéressant non seulement pour parvenir à un équilibre et une complémentarité des compétences, mais aussi parce que la tranche des 30-40 ans semble nettement moins sujette à une mobilité élevée que les jeunes professionnels.

## **B) Accueillir**

L'accueil, du fait des effets importants de la première impression sur la perception ultérieure de l'établissement, est à considérer comme un acte de management à part entière. L'intégration du nouveau professionnel doit être un processus continu, structuré et personnalisé. La refonte de la procédure d'accueil est en cours, de même que la formation d'adaptation à l'emploi, et les différents suivis qui doivent être mis en place (bilan sur le parcours professionnel ; bilan avec la psychologue du travail) sont de nature à poursuivre assurer la poursuite du processus d'intégration au-delà du premier jour. La refonte des journées d'accueil est en cours : l'aspect convivial, la visite du site et la présentation des équipes, et surtout l'implication de la Direction dans ces journées apparaissent comme des points essentiels.

### **C) Connaître**

Il serait intéressant d'avoir un suivi concernant les profils des personnes ayant travaillé en gériatrie, la durée de leur affectation dans cette discipline, le motif d'arrivée et de départ. Un fichier pourrait également être constitué à partir des profils de tous les infirmiers actuellement affectés en gériatrie, recensant leurs compétences antérieures, les compétences acquises en gériatries, leurs affinités, et souhaits d'évolution. Cet outil, à condition d'être régulièrement actualisé et commun aux sites, pourrait être d'une aide précieuse pour organiser la mobilité, et prévenir la lassitude ou l'usure des professionnels.

### **D) Donner de la visibilité et des perspectives**

Les jeunes professionnels ont le souci de conserver des compétences leur permettant de rester attractif lorsqu'ils se retrouveront sur le marché du travail. Pour cette raison, il serait intéressant de trouver un moyen de donner à tous, à un moment donné du parcours en gériatrie, la possibilité de travailler en court séjour, et dans le cas où cela n'est pas possible de donner de la visibilité sur l'échéance probable de cette possibilité. Ces contraintes, liées aux nécessités compréhensibles de faire « tourner » tous les services, sont d'autant plus facilement acceptées qu'elles sont temporaires. Une piste pourrait être de passer dès le départ un « contrat moral » avec les nouveaux arrivants affectés en gériatrie, spécifiant que l'on doit tourner dans les différents types d'unités tous les deux ans. Une autre solution pourrait être la mise en place d'un dispositif d'information régulier sur les postes qui vont être disponibles (type bourse aux emplois interne au Groupement, sur intranet par exemple).

### **E) Reconnaître**

La considération, le respect, la reconnaissance du travail accompli, la valorisation de l'expertise, par l'institution (Direction administrative, encadrement soignant, corps médical) sont des gestes simples, à coût nul, mais à importance symbolique forte. Ils peuvent apparaître anecdotiques, mais sont à coup, au regard de l'analyse des déterminants de la satisfaction au travail des infirmiers, parmi les leviers d'action les plus importants. Ils peuvent notamment prendre la forme de moments de convivialité organisés par la Direction lors de circonstances ou jours particuliers, d'une lettre adressée à une unité en cas de prise en charge d'un patient particulièrement réussie.

Les comportements de « citoyenneté organisationnelle », c'est-à-dire les actes altruistes dépassant le cadre de la prescription des relations de travail, doivent également faire l'objet d'une attention particulière, par une démarche constante de valorisation<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> P. PAILLE, préc.

## **F) Faire participer**

L'association accrue des professionnels infirmiers à l'amélioration du fonctionnement de l'institution (unité, service, site) est sans doute le levier d'action, encore peu exploité dans le cadre de la démarche mise en place, le plus important. C'est cette inscription dans le projet collectif qui permet de satisfaire la recherche de sens, dont on a vu qu'elle était très présente chez les infirmiers. Permettre la créativité, encourager les initiatives au service de l'amélioration de la qualité, prendre en compte les suggestions, apparaît d'autant plus souhaitable que ce sont les professionnels de santé eux-mêmes qui connaissent le mieux leur travail, et sont à même de souligner les dysfonctionnements organisationnels et de proposer des solutions concrètes pour tenter d'y remédier. Ce type de management est d'ailleurs particulièrement utilisé dans les pays scandinaves, avec des résultats tout à fait convaincants. C'est également la logique des « magnet hospitals », label délivré en Amérique du Nord aux établissements de santé répondant à certaines caractéristiques en matière de conditions de travail, et caractérisés par une attractivité supérieure à la moyenne. Sans chercher à appliquer à tout prix des solutions provenant de contextes culturels différents, l'implication accrue des agents dans l'élaboration des plannings, la mise en place d'entretiens de démission pour pointer les dysfonctionnements, la réalisation d'une enquête de satisfaction sur le management pourraient être des pistes à explorer.

### **3.2.2 Mettre en mouvement**

#### **A) Organiser la mobilité**

La mise en place progressive d'une mobilité interne organisée doit permettre à chaque professionnel de pouvoir exercer son métier sur l'ensemble de la filière gériatrique s'il le souhaite, mais aussi d'éviter le repli dans des conduites répétitives, et donc au final la lassitude conduisant au départ évitable, ou à la stabilité résignée, tout aussi préjudiciable à l'institution. Cette mobilité pourrait prendre la forme comme évoqué plus haut d'un « contrat » passé avec les nouveaux arrivants.

#### **B) Permettre l'adhésion à des valeurs**

Cette identification à des valeurs professionnelles est essentielle aux yeux des professionnels infirmiers, et conditionne l'engagement dans le travail, ainsi que la fidélité à l'institution. Ces valeurs sont notamment portées par des projets institutionnels forts. La mise en place de tables rondes bimensuelles sur des thématiques en lien avec les soins de longue durée, envisagée dans le cadre du plan, serait à cet égard intéressante ; ces rencontres pourraient être l'occasion de valoriser l'expertise de certains des infirmiers, l'échange et la diffusion de bonnes pratiques.

### **C) Favoriser l'échange**

Cet échange entre les professionnels doit également permettre d'éviter l'appauvrissement des compétences, la baisse de motivation, et le repli dans des conduites répétitives.

Ces échanges sont favorisés dans le cadre de l'action sur la formation d'adaptation à l'emploi, avec la sollicitation de la participation des gériatres et d'aides-soignants à des ateliers à destination des infirmiers. La généralisation, autant que possible, des « synthèses » dans toutes les unités serait également intéressante, de même que les temps d'analyse de la pratique (au-delà de la seule formation d'adaptation à l'emploi).

#### **3.2.3 Prendre acte des difficultés spécifiques au travail en gériatrie et renforcer le soutien social de l'institution auprès des professionnels**

Il s'agit ici d'auditer les comportements professionnels à risque (risque physique, ou risque psychologique pouvant conduisant à l'usure professionnelle, ou tout simplement à l'envie de partir). Ces comportements peuvent être détectés au travers des différentes attitudes de « retrait », parmi lesquelles l'absentéisme pour maladie ordinaire répété, le repli sur soi, le non suivi des consignes données, des temps de pause excessifs, la contestation du management de proximité.

C'est évidemment le rôle des conseillers conditions de travail, dont la fonction est loin d'exister dans tous les hôpitaux, et qui accomplissent un travail important de repérage des situations difficiles, de conseil ; ce rôle est à développer et à valoriser. Il pourrait également être intéressant d'étendre les attributions du comité de veille médico-sociale qui se met actuellement en place, pour en faire un lieu de veille des situations sociales individuelles à risque, et de proposition de mesures préventives. Le rôle de l'encadrement est également essentiel, dans la détection des situations, et la proposition de solutions, en lien avec les conseillers conditions de travail, et le médecin du travail.

#### **3.2.4 Communiquer sur les atouts en adoptant une stratégie de différenciation**

Les difficultés étant liées pour une part importante à la question de l'image, des représentations autour de la gériatrie, il importe de ne pas négliger la communication (interne et surtout externe) dans le cadre d'un travail sur l'attractivité.

Cette stratégie peut être adaptée en fonction du public visé :

- La communication auprès des futurs diplômés : la participation à la rénovation du module d'enseignement de la gériatrie en Institut de formation, inscrite au plan d'action, va en ce sens. La participation aux forums de recrutement infirmier est également intéressante à ce titre. Cette stratégie de communication pourrait permettre de présenter la réalité du métier d'infirmier en gériatrie, ainsi que ses atouts et lignes de force.
- La communication auprès de professionnels expérimentés en gériatrie provenant d'autres secteurs d'activité : c'est alors l'importance des évolutions de carrières

proposées, le taux d'équipement élevé en lève-patients, et le niveau de salaire qui peut être valorisé.

- La communication auprès de professionnels expérimentés provenant d'autres disciplines : les aouts peuvent être de faire une pause dans une pratique technicisée, et une approche du malade hyperspécialisée (par organe), pour exercer un temps dans une discipline où les pathologies sont multiples et multi-organes, où la prise en charge est globale, et où la relation avec le patient est centrale.

Dans tous les cas, il apparaît souhaitable d'adopter une stratégie de différenciation assumée, plutôt que de chercher à concourir à tout prix avec les mêmes arguments que les autres disciplines. A en juger par les possibilités de mutations récemment accordées, il semblerait que certains recruteurs commencent à s'apercevoir des qualités spécifiques développées par les infirmiers en gériatrie.

## Conclusion

Au final l'étude des stratégies d'attractivité et de fidélisation à partir de la profession infirmière en gériatrie apparaît particulièrement intéressante, dans la mesure où les difficultés particulièrement aiguës qui caractérisent ce secteur en font en quelque sorte un miroir grossissant des difficultés rencontrées ailleurs ; l'expérience menée actuellement sur le Groupement de la Gériatrie des Hospices civils de Lyon pourrait en effet être rapprochée de celles d'autres établissements confrontés à des problématiques d'attractivité, qui peuvent être liées à d'autres raisons (attractivité territoriale par exemple). La politique des ressources humaines apparaît bien comme l'un des leviers majeurs de l'attractivité d'un établissement ; la question de l'attractivité d'un établissement est néanmoins un problème complexe, en partie déterminé par des éléments extérieurs à l'établissement, et présentant un caractère transversal. Il serait vain de croire que la politique des ressources humaines, par le biais d'un recrutement aussi réussi soit-il, peut y remédier à elle seule. Pour le dire autrement, l'attractivité ne se décrète pas, et ne peut découler que de la mobilisation des acteurs des différents champs concernés, qu'il s'agisse de l'encadrement administratif, de l'encadrement soignant, ou du corps médical. Enfin, si la fidélisation des ressources humaines semble bien une des préoccupations essentielles à venir pour les établissements dans le contexte démographique actuel, elle ne doit pas faire oublier l'intérêt de la mobilité elle-même ; la stabilité des relations professionnelles peut en effet s'avérer tout aussi problématique lorsqu'elle traduit une résignation passive plutôt qu'une fidélité choisie à l'institution ; elle n'est donc pas à rechercher à tout prix.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.
- Loi n°91-73 du 18 janvier 1991, insérant un article 100-1 dans la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Circulaire DH/FH 3/91 n°68 du 23 décembre 1991, relative à l'application des protocoles du 15 novembre 1991 fixant le dispositif de contrat de pré-recrutement assortis d'un engagement de servir et les montants de l'allocation mensuelle.
- Décret n°98-1064 du 20 novembre 1998 modifiant le décret n°9-1301 du 19 décembre 1991 relatif aux modalités de remboursement des frais de formation d'un agent ayant souscrit un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière.
- Circulaire DHOS/P1 n°2001/146 du 19 mars 2001 relative à la formation professionnelle continue des agents relevant de la fonction publique hospitalière.
- Circulaire DGS/2C/DHOS/P2 n°2001 du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat infirmier.

## Ouvrages

- DERENNE O. et LUCAS A., 2005, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière : Le développement des ressources humaines* (Vol.2), Rennes : Ed. ENSP, 445 p.
- HESBEEN W., *Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France*, 1993, Rennes : ENSP éditeur, 119 p.
- PERETTI J.M., 2006, *Gestion des ressources humaines*, 14<sup>ème</sup> édition, Paris : Vuibert, 236 p.
- PAILLE P., 2004, *La fidélisation des ressources humaines*, Paris Economica, 166 p.

## Articles

- AUDRIC S. et NIEL S., 2002, « La mobilité des professionnels de santé salariés des établissements publics », *Etudes et résultats DREES*, n°169.

- CHABOISSIER M., 2006, « De la pénurie en personnel infirmier à la valorisation de la ressource infirmière », *Soins*, n°711.
- CORTOT O., 2006, « La satisfaction au travail du personnel infirmier en gériatrie », *JADH*, n° 4 et 5, pp. 28-30 et 18-23.
- ESTRYN-BEHAR M. et al., 2006, « Rester ou changer d'établissement ? Résultats infirmiers de l'enquête PRESST-NEXT », *Gestions hospitalières*, n°461, pp. 738-743.
- ESTRYN-BEHAR M. et al., Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, 2004, *site PRESST-NEXT*.
- ESTRYN-BEHAR M. et al., 2004, « Infirmières : Etes vous satisfaites de vos conditions de travail ? », *La revue de l'infirmière*, *site PRESST-NEXT*.
- LELAN R. et BAUBEAU D., 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et résultats DREES*, n°335.
- MARQUIER R., 2005, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *Etudes et résultats DREES*, n°393.
- MELLOR D., NHS, 2004, « Recrutement et fidélisation des professionnels de santé », *Revue hospitalière de France*, n°498, pp. 65-67.
- MAISONNEUVE C., « Pénurie d'infirmière : la course contre la montre », *Soins*, n°674, pp. 7-8.
- DE MONTALEMBERT L., « La pénurie, un séisme profitable ? », *Objectif soins*, n°106, pp. 16-18.
- PERPETE C., 2001, « La pénurie d'infirmières : un problème international ? », *Hospital*, n°247.
- POLTON D., 2005, « Démographies professionnelles dans le secteur médico-social : l'exemple des infirmières », *Revue hospitalière de France*, n°503, pp. 71-74.
- QUILLET E. et BARTHES R., « Recrutement de paramédicaux espagnols : deux ans de fonctionnement du dispositif national », *Revue Hospitalière de France*, pp. 68-71.
- SLIWKA C., 2005, « Turn-over des infirmières en Ile-de-France : les stratégies des dirigeants et des cadres pour recruter et fidéliser », *Gestions hospitalières*, n°451, pp. 788-794.
- STORDEUR S., « Attractivité, rétention, implication des infirmières et qualité des soins », *Soins cadres*, n°54, pp.36-41.
- TIBERGHIE F., Planification des ressources humaines : le grand retour, *Personnel*, n°439, pp. 43-50.
- WAGNER J.P., 2007, « L'image que la profession infirmière a d'elle-même », *Soins infirmiers*, n°3, pp. 45-47.
- Les solutions d'urgence à la pénurie d'infirmière, 2001, *Techniques hospitalières*, n°661.
- *Lettre du préfet de région Il-de-France*, Promouvoir la profession infirmière, 2004.
- *Le Progrès*, 7/4/2006, « Quelles solutions à la pénurie de professionnels de santé »,

- *Le progrès*, 21/11/2005, « Après la pénurie : l'heure des choix ».
- Dossier « Comment faire face à la pénurie de main d'œuvre », *La gazette santé social*, mai 2004, n° 6 p. 13.
- Dossier employer du personnel expérimenté, 2007, *Hospital*, n°1, pp. 14-24.

### **Rapports**

- Agence régionale de l'hospitalisation et Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, 2002, « Les effectifs infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région Ile-de-France », site ARHIF.
- BERLAND Y., Mission sur la démographie des professionnels de santé, nov. 2002.
- DRASS Rhône Alpes, 2003, Schéma régional des formations des infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres de santé dans la région Rhône Alpes – Orientations 2002-2006, site DRASS.
- DHOS, 2004, Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, site ministère.
- IGAS, 2004, La gestion des âges dans le secteur sanitaire et social : l'exemple de la filière soignante et des métiers d'aide à la personne, Rapport n°200457, site La documentation française.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005, Rapport d'activité, synthèse générale, site ONDPS.
- Cour des comptes, 2006, Les personnels des établissements publics de santé, site La documentation française.

### **Mémoires**

- BLIEZ V., 2006, « La gériatrie recrute : Attractivité et fidélisation en gériatrie – Quelle stratégie pour le directeur des soins ? », Mémoire de l'ENSP, Filière directeur des soins,.
- CORTOT O., 2005, « Job design et satisfaction au travail », Mémoire de master en gestion des ressources humaines, Institut de gestion de Rennes, Université de Rennes 1.
- CHABLI F., 2004, « L'attractivité du travail infirmier en gériatrie, Mémoire DESS psychologie du travail, Institut de psychologie, Université Lyon II.
- DESCHAMP O., 2006, « Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels à l'hôpital : un enjeu majeur des ressources humaines », Mémoire ENSP, Filière directeur d'hôpital.
- LAVIEILLE-SCHERB B., 2002, « Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation », mémoire ENSP, filière directeur de soins.

- SLIWKA C., 2005, « Turn-over des infirmières en Ile-de-France : Quelles stratégies des directeurs des soins pour recruter et fidéliser ? », Mémoire de l'ENSP, Filière Directeur des soins.
- THERON J., 2000, « Diagnostic économique : analyse de l'adéquation entre la fonction recrutement et la logique institutionnelle aux HCL », DU MAPROSS, Lyon.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien
- Annexe 2 : Formalisation du plan d'action
- Annexe 3 : Détail du calcul des postes vacants
- Annexe 4 : Premiers résultats de l'étude de la population infirmière menée sur le Groupement Hospitalier de Gériatrie des Hospices Civils de Lyon
- Annexe 5 : Lettre adressée aux infirmiers nouveaux arrivants pour expliquer le dispositif de la formation d'adaptation à l'emploi
- Annexe 6 : Lettre envoyée aux futurs diplômés sous engagement de servir
- Annexe 7: Extrait du livret d'accueil relatif aux conditions de travail
- Annexe 8: Première page et sommaire du nouveau livret d'accueil

## **Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien**

- A. Chalochet, Directeur du Groupement Hospitalier de Gériatrie ;
- L. Robitaille, Directrice référente Ressources humaines du Groupement Hospitalier de Gériatrie ;
- L. Gauchard, Directeur adjoint, Direction du personnel et des affaires sociales ;
- R. Chaury, Coordinatrice des soins du Groupement Hospitalier de Gériatrie ;
- G. Poyard, Conseillère condition de travail, psychologue du travail ;
- J. Théron, Attachée d'administration hospitalière (en poste à la Direction centrale du personnel au moment de la mise en place de la cellule centrale de recrutement infirmier) ;
- R. Bouteille, Cadre de santé en unité de soins de longue durée.

Objectifs	Actions	Personnes concernées	Difficultés et conditions de réussite
<p><b>Objectif 1 :</b> Se doter au niveau local de tableaux de bords permettant d'avoir une connaissance précise des mouvements internes et externes de la population infirmière, et des caractéristiques de cette population</p>	<p><b>Action 1.1 :</b> Mise en place d'un outil commun de suivi des mouvements de personnels sur le serveur  <b>Action 1.2 :</b> Mise en place d'un outil de suivi spécifique des infirmiers affectés en gériatrie par le biais de l'engagement de servir</p>	<p><u>Responsable</u> : Directrice référente RH, Directrice des soins  <u>Acteurs concernés</u> : Responsables de BP, cadres supérieurs de santé</p>	
	<p><b>Action 1.3 :</b> Réalisation d'une étude de population portant sur l'ensemble de la population infirmière de la Gériatrie  <b>Action 1.3. bis :</b> Détermination des indicateurs pertinents à suivre en routine</p>	<p><u>Responsable</u> : Directrice référente RH  <u>Acteurs concernés</u> : Elève directeur (coord.), Responsables de bureau du personnel, Informaticien DPAS</p>	
<p><b>Objectif 2 :</b> Travailler sur la procédure d'affectation, en lien avec la direction centrale du personnel, afin de la rendre davantage lisible et individualisée</p>	<p><b>Action 2.1 :</b> Rédaction conjointe GHG/DPAS d'un courrier à l'ensemble des infirmiers futurs diplômés sous engagement de servir, et d'une fiche de recensement des souhaits  1) Rappel du principe, des modalités, du calendrier calendrier de l'affectation ;  2) Envoi d'une fiche de recensement des souhaits  <b>Action 2.1.bis :</b> Signature et envoi du courrier, 6 mois avant l'affectation, par la DPAS.</p>	<p><u>Responsables</u> : Directrice référente RH, Directeur adjoint au recrutement (DPAS)</p>	
<p><b>Objectif 3 :</b> Diversifier les voies de recrutement, afin de permettre progressivement l'embauche de candidats désireux de travailler en gériatrie</p>	<p><b>Action 3.1 :</b> Déterminer et centraliser les besoins de recrutement infirmiers en fin d'année sur les sites et services de gériatrie, puis le nombre de candidats à recruter par le biais de l'engagement de servir (nombre inférieur à celui des postes vacants, afin de permettre d'autres types de recrutements)</p>	<p><u>Responsables</u> : Directrice référente RH, Directeur adjoint au recrutement (DPAS)  <u>Acteurs concernés</u> : Directrice des soins, responsables de BP, cadres supérieurs de santé</p>	
<p><b>Objectif 4 :</b> Améliorer l'accueil et l'intégration des infirmiers nouveaux arrivants</p>	<p><b>Action 4.1 :</b> Réorganiser les journées d'accueil à destination des nouveaux arrivants en gériatrie  <b>Action 4.1.bis :</b> Remanier le livret d'accueil distribué aux nouveaux arrivants à cette occasion</p>	<p><u>Responsable</u> : Directrice référente RH, Directrice des soins  <u>Acteurs concernés</u> : Cadres supérieurs et cadres de proximités référents</p>	
	<p><b>Action 4.2. :</b> Mettre en place une formation d'adaptation à l'emploi pour l'ensemble des infirmiers nouveaux arrivants en gériatrie, 2 à 3 mois après la prise de poste, suivi d'un bilan 1 mois plus tard avec une psychologue clinicienne  <b>Action 4.2. bis :</b> Elaboration du contenu de la formation en vue d'une session pilote à l'automne 2007, en vue de bénéficier des crédits formation PAM 2007, non reportables.</p>	<p><u>Responsable</u> : Directrice référente RH  <u>Acteurs concernés</u> : Elève-directeur (coord.), Médecin responsable de pôle, Directrice des soins, Conseiller Formation Carrière, Conseillère Conditions de travail</p>	<p>- Financement de la participation d'un organisme extérieur de formation : enveloppe formation PAM (10 000€)  - Financement de journées de remplacement : inscription d'une demande dans le cadre du projet CLACT</p>

### Annexe 3 : Détail du calcul du taux de postes vacants

<b>Objectif 5 :</b> Utiliser la démarche de projet collectif pour rendre plus attractif le travail infirmier en gériatrie, en particulier en unités de soins de longue durée	<b>Action 5.1.</b> : Généraliser les temps d'échange pluridisciplinaires dans les unités de soins (« synthèses »)	<b>Responsable :</b> Médecin responsable de PAM, Directrice des soins	
	<b>Action 5.2.</b> : Organiser des tables rondes pluridisciplinaires, à une fréquence bimensuelle, sur des thématiques relatives aux soins de longue durée, en vue de permettre la communication des orientations institutionnelles, le partage d'expérience, le débat autour de questions éthiques	<b>Responsable :</b> Médecin responsable de PAM, Directrice des soins <b>Acteurs concernés :</b> Directrice référente animation, Conseillère Conditions de Travail	
	<b>Action 5.3.</b> : Mettre en place un dispositif de soutien au positionnement managérial des cadres	<b>Responsable :</b> ?	
<b>Objectif 6 :</b> Faire connaître et valoriser l'image de la discipline gériatrique par des actions de communication ciblées du recruteur auprès des futurs diplômés	<b>Action 6.1.</b> : Participer à la rénovation du module d'enseignement sur la gériatrie dans les IFSI Esquirol et Clémenceau <b>Action 6.1. bis</b> : Permettre la participation des gériatres du pôle à ce module	<b>Responsables :</b> Médecin responsable de PAM, Directrice des soins <b>Acteurs concernés :</b> IFSI, DPAS	
	<b>Objectif 7 :</b> Faire de l'affectation en gériatrie une étape formatrice parmi d'autres du parcours professionnel infirmier	<b>Action 7.1.</b> : Envisager l'opportunité et la faisabilité de l'augmentation du nombre de places de stages proposées aux étudiants en soins infirmiers <b>Action 7.2.</b> : Recenser et mutualiser les souhaits de mobilité au niveau du Groupement au moyen d'un outil de suivi commun <b>Action 7.2. bis</b> : Organiser des entretiens individuels régulier avec les infirmiers, afin de faire le point sur leurs souhaits d'évolution	<b>Responsable :</b> Directrice des soins

	Postes vacants fin 2002* (ETP)	Effectif de référence (ETP)	Taux de postes vacants 2002	Postes vacants fin 2003 (ETP)	Effectif de référence (ETP)	Taux de postes vacants 2003	Postes vacants fin 2004 (ETP)	Effectif de référence (ETP)	Taux de postes vacants 2004
Groupement Hosp.Est	68,85	730	9%	58,45	730	8%	59	730	8%
Hôpital E. Herriot	58,75	1185	5%	116,8	1185	10%	100	1185	8%
Groupement Hosp. Nord	69,5	794	9%	78	794	10%	10	794	1%
Groupement hosp. Sud	53,5	977	5%	33	977	3%	63,25	977	6%
<b>Groupement Hosp. de la Gériatrie</b>	43	392	<b>11%</b>	62,25	392	<b>16%</b>	64,5	392	<b>16%</b>
<b>Total hors gériatrie**</b>	250,6	3686	<b>7%</b>	286,25	3686	<b>8%</b>	232,25	3686	<b>6%</b>
<i>Part GHG/ Total postes vacants</i>	17%	11%		22%	11%		28%	11%	
Hôp. A. Charial	9	115	8%	28,25	115	25%	13,5	115	12%
Hôp. P. Garraud et Fondation B. Mourier	16	109	15%	17	109	16%	35	109	32%
Hôp. Val d'Azergue	6	52	12%	6	52	12%	1	52	2%

<b>Hôp. Charpennes</b>	12	102	12%	11	102	11%	15	102	15%
Hôp. Neurologique	36,75	333	11%	27,5	333	8%	37	333	11%

\* Hors 35 heures

\*\*Hors Hôpital R. Sabran et Antiquaille.

**Annexe 4 : Premiers résultats de l'étude de la population infirmière menée sur le Groupement Hospitalier de Gériatrie des Hospices Civils de Lyon**

**Absentéisme du personnel infirmier permanent : comparaison Groupement hospitalier de gériatrie / référentiel HCL, et détail de l'absentéisme pour causes médicales**

Indicateurs généraux

	Année 2006			Année 2005	Année 2004
	IDE HCL	IDE Gériatrie	Gériatrie	IDE HCL	IDE HCL
Taux d'absentéisme	8,63	9,81	9,7	9%	8,81
Indice d'absentéisme	55%	59%	60%	58%	52%
Durée moyenne d'absence par agent	19,15 jours	21,77 jours	21,54 jours	19,70 jours	19,65 jours

Absences pour causes médicales

Année 2006

Type d'activité	Nombre de jours	Effectif physique moyen	Nombre d'agents absents	Taux d'absentéisme	Indice d'absentéisme
Court et moyen séjour	5795,51	310,27	176	8%	57%
Soins de longue durée	4185,49	181,81	115	10%	63%
Pools de suppléance	588,56	7,51	7	35%	93%
Soins palliatifs	10,00	7,00	2	1%	29%
<b>Total PAM de gériatrie</b>	<b>10579,56</b>	<b>506,59</b>	<b>300</b>	<b>9,41</b>	<b>59%</b>

Absences pour maternité, grossesse pathologique, maternité, adoption

Année 2006

Site	Nombre de jours	Effectif physique moyen	Nombre d'agents absents	Taux d'absentéisme	Indice d'absentéisme
Hôp. Charpenne	560,72	99	11	3%	11%
Hop. Val d'Azergue	242,85	50	5	2%	10%
P. Garraud	339,3	99	6	2%	6%
A.Charial	1574,24	108	24	7%	22%
Fond. B. Mourier	179,99	21	3	4%	14%
<b>Total GHG</b>	<b>2897,1</b>	<b>377</b>	<b>49</b>	<b>3%</b>	<b>13%</b>
Cuire	124,29	44,68	3	1%	7%
Serv. CHLS	42,85	32,68	2	1%	6%
R1	0	11,75	0	0%	0%
<b>Total PAM Gériatrie</b>	<b>3064,24</b>	<b>466,11</b>	<b>54</b>	<b>3%</b>	<b>12%</b>

Absences pour maladie ordinaire

Année 2006

Site	Nombre de jours	Effectif physique moyen	Nombre d'agents absents	Taux d'absentéisme	Indice d'absentéisme
<b>Hôp. Charpennes</b>	805,67	99	53	4%	54%
<b>Hop. Val d'Azergue</b>	501,4	50	24	5%	48%
<b>P. Garraud</b>	767,78	99	48	3%	48%
<b>A.Charial</b>	1687,12	108	84	7%	78%
<b>Fond. B. Mourier</b>	264,27	21	10	6%	48%
<b>Total GHG</b>	<b>4026,24</b>	377	<b>219</b>	5%	58%
<b>Cuire</b>	340,69	44,68	13	3%	29%
<b>Serv. CHLS</b>	137,14	32,68	5	2%	15%
<b>R1</b>	344,24	11,75	26	13%	221%
<b>Total PAM de Gériatrie</b>	<b>4848,31</b>	466,11	<b>44</b>	5%	9%

**Ancienneté du personnel infirmier permanent : Comparaison Groupement  
Hospitalier de Gériatrie / référentiel HCL**

<b>Ancienneté HCL</b>	<b>31/12/2004</b>	<b>31/12/2005</b>	<b>31/12/2006</b>
<b>Moins de 2 ans</b>	36	35	31
<b>De 2 à 4 ans</b>	80	86	68
<b>De 5 à 9 ans</b>	66	60	98
<b>De 10 à 14 ans</b>	94	88	79
<b>De 15 à 19 ans</b>	46	52	67
<b>De 20 à 29 ans</b>	94	79	74
<b>30 ans et plus</b>	53	54	54
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>454</b>	<b>471</b>
<b>Moins de 2 ans</b>	7,68%	7,71%	6,58%
<b>De 2 à 4 ans</b>	17,06%	18,94%	14,44%
<b>De 5 à 9 ans</b>	14,07%	13,22%	20,81%
<b>De 10 à 14 ans</b>	20,04%	19,38%	16,77%
<b>De 15 à 19 ans</b>	9,81%	11,45%	14,23%
<b>De 20 à 29 ans</b>	20,04%	17,40%	15,71%
<b>30 ans et plus</b>	11,30%	11,89%	11,46%

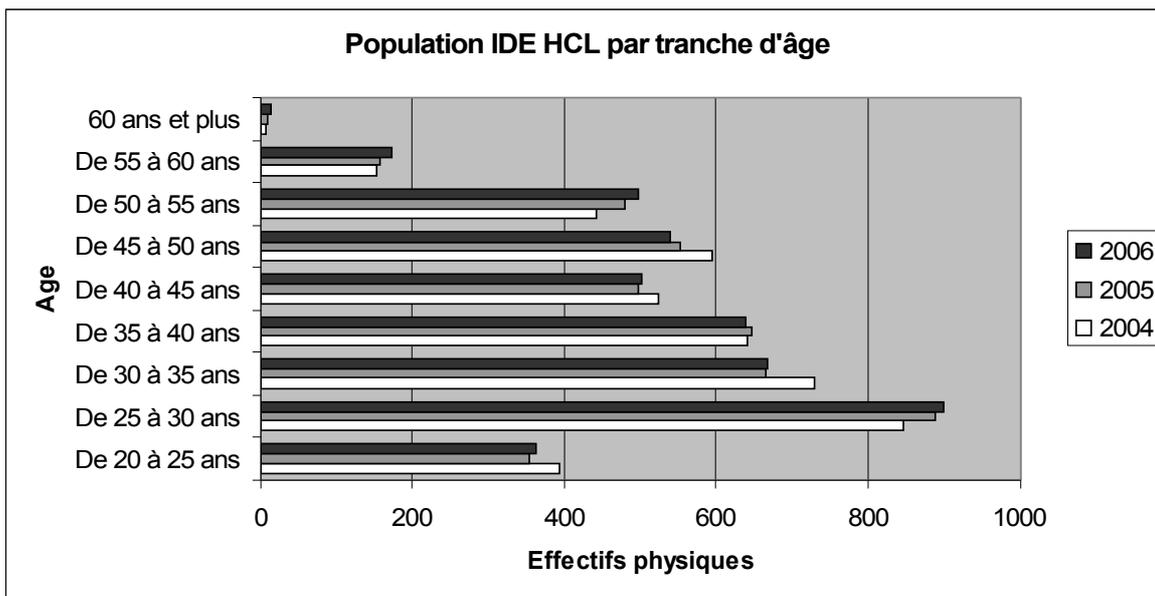
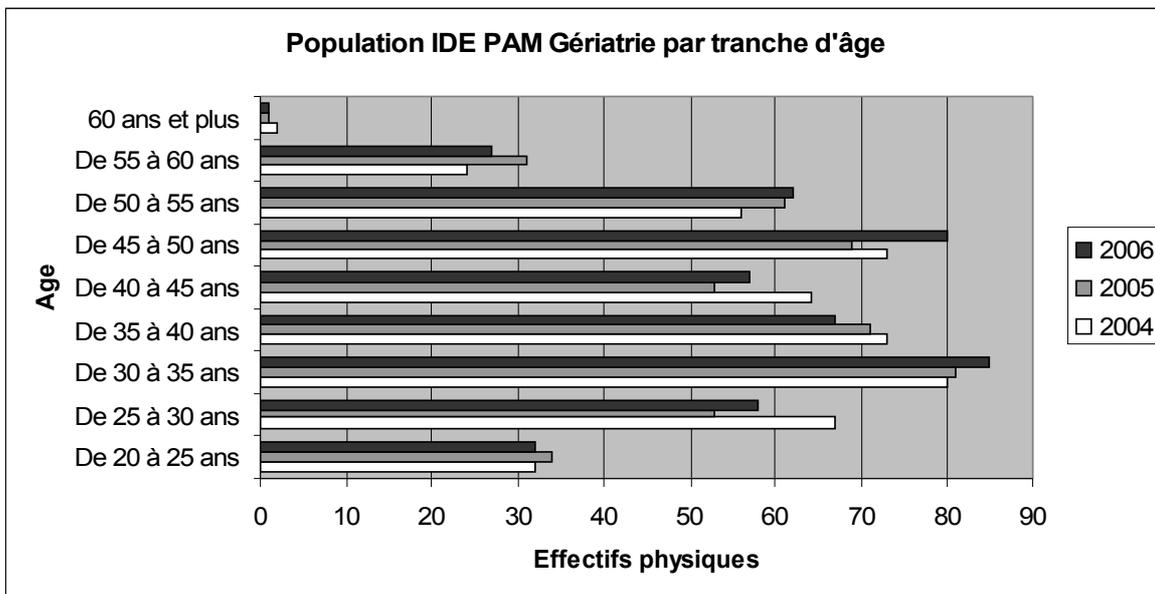
<b>Ancienneté HCL</b>	<b>31/12/2004</b>	<b>31/12/2005</b>	<b>31/12/2006</b>
<b>Moins de 2 ans</b>	468	445	428
<b>De 2 à 4 ans</b>	932	896	679
<b>De 5 à 9 ans</b>	558	634	923
<b>De 10 à 14 ans</b>	665	580	544
<b>De 15 à 19 ans</b>	440	467	509
<b>De 20 à 29 ans</b>	870	752	694
<b>30 ans et plus</b>	400	476	516
<b>TOTAL</b>	<b>4333</b>	<b>4250</b>	<b>4293</b>
<b>Moins de 2 ans</b>	10,80%	10,47%	9,97%
<b>De 2 à 4 ans</b>	21,51%	21,08%	15,82%
<b>De 5 à 9 ans</b>	12,88%	14,92%	21,50%
<b>De 10 à 14 ans</b>	15,35%	13,65%	12,67%
<b>De 15 à 19 ans</b>	10,15%	10,99%	11,86%
<b>De 20 à 29 ans</b>	20,08%	17,69%	16,17%
<b>30 ans et plus</b>	9,23%	11,20%	12,02%

**Statut du personnel infirmier permanent : Comparaison Groupement hospitalier de  
Gériatrie / référentiel HCL**

Regroupements de statuts	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006
<b>Titulaires et stagiaires</b>	450	429	453
<b>C D I</b>	3	3	1
<b>Contractuels sur poste permanent</b>	1	0	0
<b>Contractuels de remplacement</b>	15	22	17
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>454</b>	<b>471</b>
<b>Titulaires et stagiaires</b>	95,95%	94,49%	96,18%
<b>C D I</b>	0,64%	0,66%	0,21%
<b>Contractuels sur poste permanent</b>	0,21%		
<b>Contractuels de remplacement</b>	3,20%	4,85%	3,61%

Regroupements de statuts	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006
<b>Titulaires et stagiaires</b>	4176	4131	4049
<b>C D I</b>	4	3	1
<b>Contractuels sur poste permanent</b>	6	5	9
<b>Contractuels de remplacement</b>	147	111	234
<b>TOTAL</b>	<b>4333</b>	<b>4250</b>	<b>4293</b>
<b>Titulaires et stagiaires</b>	96,38%	97,20%	94,32%
<b>C D I</b>	0,09%	0,07%	0,02%
<b>Contractuels sur poste permanent</b>	0,14%	0,12%	0,21%
<b>Contractuels de remplacement</b>	3,39%	2,61%	5,45%

**Répartition par âge du personnel infirmier permanent : comparaison Groupement hospitalier de gériatrie / référentiel HCL**



## **Annexe 5 : Lettre adressée aux infirmiers nouveaux arrivants pour expliquer le dispositif de la formation d'adaptation à l'emploi**

### **GROUPEMENT HOSPITALIER de GÉRIATRIE**



Lyon, le 14 septembre 2007

Hospices de Lyon

#### **Direction**

Directeur  
Alain CHALOCHE  
Tél : 04 72 40 73 13  
Mail : [alain.chalochet@chu-lyon.fr](mailto:alain.chalochet@chu-lyon.fr)  
Secrétariat  
Tél : 04 72 40 75 63  
Fax : 04 72 40 75 88

#### **Direction des Soins**

Coordonnatrice des Soins  
Renée CHAURY  
Tél : 04 72 36 80 05  
Mail : [renee.chaury@chu-lyon.fr](mailto:renee.chaury@chu-lyon.fr)

#### **Direction des Ressources Humaines**

Directeur Référent  
Léopoldine ROBITAILLE  
Tél : 04 72 32 34 70  
Mail : [leopoldine.robitaille@chu-lyon.fr](mailto:leopoldine.robitaille@chu-lyon.fr)

#### **Pôle d'Activités Médicales de Gériatrie**

Médecin Responsable  
Dr Brigitte COMTE  
Tél : 04 72 11 95 63  
Mail : [brigitte.comte@chu-lyon.fr](mailto:brigitte.comte@chu-lyon.fr)

NRef : AC/JL-07.414

Objet : Formation IDE en gériatrie

Madame, Monsieur,

Vous êtes infirmier dans l'un des services de gériatrie des Hospices Civils de Lyon depuis moins d'un an. A ce titre, vous allez être informé(e) de la possibilité de vous inscrire à une formation de deux journées, intitulée « Etre nouvel infirmier en gériatrie ».

Cette action de formation, qui s'adresse à l'ensemble des infirmiers nouveaux arrivants en gériatrie, est mise en place pour la première fois cette année, à l'initiative de la Direction du Groupement Hospitalier de la Gériatrie, du Médecin Responsable du Pôle d'Activité Médicale de gériatrie, et de la Direction des soins.

L'objectif est de vous permettre d'échanger sur les spécificités du travail en gériatrie, et de trouver des réponses à vos préoccupations professionnelles, après quelques mois d'expérience.

Afin de vous faire bénéficier dès cette année du dispositif, une session a été mise en place à l'automne, à destination des infirmiers arrivés à partir de novembre 2006. Une soixantaine de place a été financée pour l'ensemble des sites de gériatrie.



Hospices Civils de Lyon

Le contenu de la formation a été conçu à partir des besoins exprimés par les infirmiers nouveaux arrivants eux-mêmes, dans le cadre d'une enquête menée en 2006 par les Conseillères Conditions de Travail du Groupement.

La formation que nous vous proposons comprend deux journées, à intervalle de quelques semaines :

- La première journée, assurée par un organisme de formation extérieur intervenant fréquemment en gériatrie, aborde sous un angle d'approche clinique les étapes du vieillissement, les pathologies liées à la démence et leur incidence sur la prise en charge :

- ✓ Séquence 1 : Vieillissement normal et pathologique, psychologie de la personne âgée.
- ✓ Séquence 2 : Première approche de la maladie d'Alzheimer et autres démences.
- ✓ Séquence 3 : L'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de ces maladies.
- ✓ Séquence 4 : Sensibilisation à la communication et à la prise en charge adaptée aux personnes âgées.

- La seconde journée repose sur des compétences médicales et soignantes internes au pôle de gériatrie. Elle est organisée autour d'ateliers thématiques, visant à favoriser les retours d'expérience et les échanges, autour des questionnements (techniques et relationnelles) rencontrés par les nouveaux arrivants.

Les thèmes retenus cette année sont :

- ✓ Thème 1 : Projet de soins, projet de vie, et place des familles dans les soins
- ✓ Thème 2 : Ethique et droits des patients
- ✓ Thème 3 : Responsabilité et collaboration IDE/ASD

Ce dispositif pourra évoluer en fonction de vos remarques à l'issue de cette première session, et a vocation, s'il donne satisfaction, à être reconduit chaque année.

Comptant sur votre participation, et votre force de proposition à l'issue de cette formation, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de nos salutations distinguées.

La Coordinatrice  
des Soins

La Responsable du  
Pôle d'Activités Médicales

Le Directeur du Groupement  
Hospitalier de Gériatrie

Renée CHAURY

Brigitte COMTE

Alain CHALOCHE

Pour toute précision concernant cette formation, vous pouvez contacter Evelyne DERRUAZ,  
Conseillère Formation Carrières du Groupement Hospitalier de la Gériatrie,  
au 04 72 16 80 48 (36 80 48).

Hospices Civils de Lyon  
[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

**Annexe 6 : Lettre envoyée aux futurs diplômés sous engagement de servir**

**DIRECTION GENERALE**  
**Direction du Personnel et**  
**des Affaires Sociales**  
Bâtiment B – 162 avenue  
Lacassagne  
69424 LYON cedex 03



Hôpitaux de Lyon

Lyon, le

Madame, Monsieur,

Vous poursuivez actuellement votre formation en vue de l'obtention du DE d'infirmier, et vos études sont prises en charge par les HCL.

Le contrat que vous avez signé avec les HCL en vue du financement de vos études prévoit une affectation, à l'issue de votre scolarité, dans un service des HCL, selon les besoins de l'institution. Ceux-ci sont particulièrement importants au sein du Groupement Hospitalier de la Gériatrie ( GHG). En conséquence, tout ou partie de la promotion sortant en novembre 2007 sera affectée au sein du GHG à l'issue de la scolarité et ceci pour une durée minimale de deux ans.

J'ai toutefois le souci de recueillir auprès de vous un certain nombre d'informations, en vue de rechercher, autant que faire se peut, la meilleure adéquation des besoins institutionnels, et de vos souhaits.

Afin de faciliter les modalités d'affectation, je vous remercie donc de remplir le document joint à ce courrier et de le renvoyer **avant le 31 juillet 2007** à l'adresse suivante :

<p style="text-align: center;"><b>HCL</b> <b>DPAS</b> <b>Bureau du Personnel du siège</b> <b>162 Avenue LACASSAGNE</b> <b>69424 LYON cedex 03</b></p>
---

J'attire votre attention sur le fait que ***les souhaits exprimés seront pris en compte, dans la mesure du possible, conformément à l'engagement que vous avez souscrit, les HCL se gardent bien évidemment la liberté de la décision d'affectation vous concernant.***

Dans l'hypothèse où vous ne donnez pas suite à la présente, je considérerais que vous ne souhaitez pas exprimer de choix.

Je vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération.

**P/ La Directrice du personnel  
et des affaires sociales**

**DIRECTION GENERALE**  
**Direction du Personnel et**  
**des Affaires Sociales**  
 Bâtiment B – 162 avenue  
 Lacassagne  
 69424 LYON cedex 03



Hôpitaux de Lyon

**Coupon réponse**

NOM : .....

**A renvoyer impérativement avant le 31 juillet 2007**

NOM marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

A : HCL DPAS Bureau du Personnel du siège  
 162 Avenue LACASSAGNE 69424 LYON cedex  
 03

.....

.....

.....

.....

## **SOUHAITS D'AFFECTATION**

**Merci de bien vouloir noter chaque établissement de 1 à 8**

**(1 étant votre 1<sup>er</sup> choix et 8 étant votre dernier choix)**

Etablissement	Choix de 1 à 8	Etablissement	Choix de 1 à 8
<b>Hôpital Antoine Charial</b> 40 avenue de la Table de Pierre 69340 FRANCHEVILLE		<b>Hôpital du Val d'Azergues</b> 69380 ALIX	
<b>Hôpital Pierre Garraud</b> 136 rue du Cdt Charcot 69322 LYON cedex 05		<b>Pavillon R 1 - HEH</b> 5 place d'Arsonval 69437 LYON Cedex 03	
<b>Fondation Bertholon Mourier</b> Le Bouchage - Route Neuve 69700 GIVORS		<b>Pavillon Michel PERRET – CHLS</b> 69495 PIERRE BENITE	
<b>Hôpital des Charpennes</b> 27 rue Gabriel Péri 69100 VILLEURBANNE		<b>Hôpital Dr Frédéric Dugoujon</b> 14 rue Pasteur 69300 CALUIRE ET CUIRE	

Avez-vous déjà été affecté(e) dans un service de gériatrie ? NON  OUI  Si oui, lequel ? : .....

précisez dates svp : .....

.....

Souhaitez vous être affecté(e) dans un service de gériatrie ? OUI  NON  en cas de réponse négative, précisez votre souhait prioritaire : Etablissement : .....

.....Service.....

A votre prise de poste souhaitez vous bénéficier d'un temps partiel ? NON  OUI  , si oui précisez : .....%

Avez-vous des contraintes particulières à nous signaler pouvant avoir un impact sur votre affectation?

( le cas échéant, poursuivez sur papier libre, 1 page maxi)

.....

.....

**Date :**

**Signature :**

RAPPEL : J'attire votre attention sur le fait que **les souhaits exprimés seront pris en compte, dans la mesure du possible, conformément à l'engagement que vous avez souscrit, les HCL se gardent bien évidemment la liberté de la décision d'affectation vous concernant.**

**Annexe 7 : Extrait du livret d'accueil relatif aux conditions de travail**

## **LE SERVICE DES CONDITIONS DE TRAVAIL DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE GERIATRIE**

### **Présentation du service**

Trois conseillères Conditions de Travail (CCT) interviennent sur le Groupement Hospitalier de Gériatrie ; deux sont de formation ergonomes et une de formation psychosociologue. Ces personnes ressources sont interpellables pour toutes difficultés rencontrées dans votre travail en lien avec les conditions d'exercice de cette activité (questions concernant les conditions de travail, la prévention des risques professionnels, l'accompagnement ou la prévention des situations de violence en référence à la fiche de signalement (voir page 24).

Une psychologue clinicienne est présente et peut être contactée pour des échanges et des interventions au sein des équipes de travail.

### **Où vous adresser ?**

#### **• pour les établissements de gériatrie**

##### **- auprès du Conseiller Conditions de Travail de votre site :**

###### **○ Hôpital Antoine Charial :**

• Ghislaine POYARD – 04.72.32.34.24 – [ghislaine.poyard-berger@chu-lyon.fr](mailto:ghislaine.poyard-berger@chu-lyon.fr)

###### **○ Hôpital Pierre Garraud et Fondation Bertholon Mourier :**

• Claude-Solange PFENNIG – 04.72.16.80.35. – [claude-solange.pfennig@chu-lyon.fr](mailto:claude-solange.pfennig@chu-lyon.fr)

###### **○ Hôpital des Charpennes, Hôpital du Val d'Azergues :**

• Carole FERRAND – 04-72-54-19-36 – [carole.ferrand@chu-lyon.fr](mailto:carole.ferrand@chu-lyon.fr)

##### **- auprès de la psychologue clinicienne :**

###### **○ Pour le Groupement Hospitalier de Gériatrie :**

• Sonia POYDENOT – 04.72.11.92.10 – [sonia.poydenot@chu-lyon.fr](mailto:sonia.poydenot@chu-lyon.fr)

#### **• pour les trois services de gériatrie**

###### **○ Service R1 à HEH :**

• Dominique VRAY – 04.72.11.08.46 – [dominique.vray@chu-lyon.fr](mailto:dominique.vray@chu-lyon.fr)

• Gérard MOREAU – 04.72.11.08.45 – [gerard.moreau@chu-lyon.fr](mailto:gerard.moreau@chu-lyon.fr)

###### **○ Service Michel Perret au CHLS :**

• Catherine PAGE – 04.78.86.45.58. – [catherine.page@chu-lyon.fr](mailto:catherine.page@chu-lyon.fr)

###### **○ Hôpital gériatrique Frédéric Dugoujon :**

• Geneviève PUGNIET – 04.72-07-10-54 – [genevieve.pugnet@chu-lyon.fr](mailto:genevieve.pugnet@chu-lyon.fr)

• Nadine PERRIER – 04.72-07-26-77 – [nadine.perrier@chu-lyon.fr](mailto:nadine.perrier@chu-lyon.fr)

### **Les risques professionnels et le PAPRI Pact**

Dans le cadre de l'élaboration et de la réactualisation du document unique (décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001), un document identifiant les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés est consultable au niveau du secrétariat de direction de chaque établissement. Ce document, appelé document unique, est réévalué chaque

année par les membres du CHSCT. L'exposition au risque est réévaluée en fonction de la fréquence d'exposition, de la gravité de l'exposition et de la fréquence d'utilisation des protections ou l'existence d'actions préventives et ce, dans chaque établissement. Un Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT) est mis en œuvre sur chaque site.

Le médecin du travail et les CCT sont vos interlocuteurs pour toutes questions relatives aux risques professionnels rencontrés sur le lieu de travail.

### **La manutention**

La manutention constitue un des risques professionnels majeurs en secteur gériatrique. Une politique de prévention sur le GHG comportant plusieurs volets est en place :

- une formation de 4 jours adaptée aux contraintes de la Gériatrie
- des formateurs référents sur chaque site
- une mise à disposition de matériel d'aide à la manutention à utiliser en fonction des besoins des patients

#### **Où vous adresser ?**

- **auprès des coordinateurs du projet :**

- *Françoise GHELFI – 04.72.49.15.02. – [francoise.ghelfi@chu-lyon.fr](mailto:francoise.ghelfi@chu-lyon.fr)*
- *Claude-Solange PFENNIG – 04.72.16.80.35. – [claude-solange.pfennig@chu-lyon.fr](mailto:claude-solange.pfennig@chu-lyon.fr)*

- **auprès des formateurs de votre site :**

○ **Hôpital Antoine Charial :**

- *Sandrine NORMAND – Service A2 – 04.72.32.34.82*
- *Corinne BONHOMME – Service C4 – 04.72.32.34.99*

○ **Hôpital Pierre Garraud et Fondation Bertholon Mourier :**

- *Patrice BESTIEU – Service B1 – 04.72.16.71.16*
- *Françoise GHELFI – Fondation Bertholon Mourier – 04.72.49.15.02*

○ **Hôpital des Charpennes :**

- *Francis BAZILLOU – Cadre kinésithérapeute – 04.72.43.20.85*

○ **Hôpital du Val d'Azergues :**

- *Françoise MERCEL – Unité 2 – 04.72.54.19.31*
- *Pascale PETIT – Nuit*

- **auprès du service formation:**

○ **Pour le Groupement Hospitalier de Gériatrie :**

- *Mme Evelyne DERRUAZ - 04.72.32.34.71 – [evelyne.derruaz@chu-lyon.fr](mailto:evelyne.derruaz@chu-lyon.fr)*
- *Les coordonnées des correspondants formation sont précisées en page 26*

**Annexe 8 : Première page et sommaire du nouveau livret d'accueil**

<b>Groupement Hospitalier de la Gériatrie - GHG</b>		
 <i>Hôpitaux de Lyon</i>	<b>Accueil des nouveaux professionnels</b>	<b>version n°02</b> <b>référence :</b>
		18 mai 2007
Resp. rédaction : Date rédaction :	Resp. validation : Date validation :	Resp. diffusion : Date diffusion :

# Livret d'accueil des nouveaux professionnels du GHG



Hôpital Gériatrique  
Antoine Charial



Hôpital Gériatrique  
Pierre Garraud



Fondation  
Bertholon Mourier



Hôpital Gériatrique  
des Charpennes



Hôpital Gériatrique  
du Val d'Azergues



Hôpital Gériatrique  
Dr Frédéric Dugoujon



Hôpital Edouard Herriot  
Pavillon R1



CHLS  
Bâtiment 4E