ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2005

RÉNOVER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES POUR SURMONTER UNE SITUATION DE PÉNURIE SOIGNANTE

L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE REIGNIER

Evolène MÜLLER-RAPPARD

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon tuteur de mémoire, Monsieur Christophe Pascal, maître de conférences à l'IFROSS, pour sa disponibilité et ses conseils si utiles à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie ensuite mon maître de stage, Monsieur Dominique Deroubaix, directeur de la maison de retraite de Reignier, qui m'a chaleureusement accueillie au sein de sa structure pendant huit mois, m'a guidé dans le choix de mon sujet de mémoire et m'a laissé la marge de liberté nécessaire à l'élaboration de celui-ci.

Je remercie enfin Madame Louise Margolliet, responsable des ressources humaines et Monsieur Christophe Milici, responsable des services économiques de la maison de retraite de Reignier, pour le soutien qu'ils m'ont apporté durant le stage ainsi que pour leur aide précieuse sans laquelle je n'aurais pu réaliser ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION 1

1. LA MAISON DE RETRAITE DE REIGNIER CONFRONTÉE A UNE PÉNURIE CROISSANTE DE PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ 9

1.1. L'établissement connaît un recrutement de plus en plus délicat 10

1.1.1. Une situation démographique défavorable 11
1.1.2. Un environnement géographique concurrentiel fort 13
1.1.3. Une image peu attrayante 18

1.2. … et peine à stabiliser son personnel soignant 22

1.2.1. Une absence de projet au sein de l'établissement 23
1.2.2. Des politiques d'accueil et de communication lacunaires 27
1.2.3. Des conditions de travail dégradées 33

2. LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 40

2.1. Les aspects «quantitatifs » de la gestion des ressources humaines : adapter les ressources aux besoins 41

2.1.1. Le suivi des ressources et des besoins : des outils de pilotage au service d'une stratégie claire 41
2.1.2. L'adéquation des ressources et des besoins en vue de l'amélioration des conditions de travail 48

2.2. Les aspects « qualitatifs » de la gestion des ressources humaines : attirer et fidéliser le personnel soignant 52

2.2.1. Un accueil et une communication de qualité 52

2.2.2. Une gestion individualisée des personnels et de leur carrière 57
2.2.3. Un plan de formation en cohérence avec les besoins émergeants..... 62

CONCLUSION 69

BIBLIOGRAPHIE 71

LISTE DES ANNEXES..... I

ANNEXE n°1 II

ANNEXE n°2 V

ANNEXE n°3 VIII

ANNEXE n°4 XI

ANNEXE n°5 XIII

Liste des sigles utilisés

ADEHPA	Association des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées
AFNOR	Agence française de normalisation
AMP	Aide médico-psychologique
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
API	Allocation parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifié
ASS	Allocation spécifique de solidarité
CANTOU	Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles
CDD	Contrat à durée déterminée
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales
CLM	Congé longue maladie
CLD	Congé longue durée
CME	Commission médicale d'établissement
CTE	Comité technique d'établissement
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMS	Etablissement médico-social
ETP	Equivalent temps plein
GMP	GIR moyen pondéré
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HLM	Habitation à loyer modéré
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques

OPHLM	Organisme public des habitations à loyer modéré
PV	Procès-verbal
RMI	Revenu minimum d'insertion
RTT	Réduction du temps de travail
SLD	Soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

INTRODUCTION

Le rapport Berland établi à l'attention du ministère de la santé dresse, en 2002, ce constat paradoxal : « Il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé qu'actuellement, […] pourtant l'ensemble des acteurs dit rencontrer des difficultés de plus en plus importantes »[1].

Sujet récurrent de préoccupation des pouvoirs publics, la pénurie de personnel soignant connaît une crise aigue depuis quelques années, notamment dans le secteur de prise en charge des personnes âgées. En effet, un poste d'infirmier ou d'aide-soignant sur quatre est vacant faute de candidats dans les maisons de retraite médicalisées de la région parisienne, affirme une étude de l'ADEHPA datant de fin juillet 2003[2]. La pénurie (différence entre postes autorisés et recrutements effectifs) est de 22% pour les infirmiers et de 23% pour les aides-soignants. Plus globalement, les besoins en personnel qualifié dans ce secteur sont estimés à 100 000 postes dans les cinq ans qui viennent, afin notamment que les établissements puissent disposer du ratio réglementaire de deux tiers d'aides-soignants et d'un tiers des agents des services hospitaliers dans leurs effectifs[3].

Ce renouvellement de la pénurie soignante résulte à la fois de différents paramètres d'ordre quantitatif et qualitatif, mais aussi du contexte propre au secteur gérontologique.

- *Différents paramètres ont favorisé le manque actuel…*

  Des évolutions d'ordre strictement quantitatif ont d'une part eu un effet mécanique sur la démographie soignante, augmentant significativement les besoins. D'autre part, des facteurs plutôt qualitatifs ont amplifié ces besoins et expliquent également la situation actuelle.

  L'accroissement des besoins en personnel soignant s'explique tout d'abord par l'augmentation du nombre de départs à la retraite. De fait, la DHOS prévoit qu'à l'horizon de 2015, la filière des services de soins devrait connaître 56% de départs à

[1] BERLAND Y., GAUSSERON T. *Démographie des professions de santé*, p. 48.

[2] AFP, *Personnes âgées dépendantes : un poste de soignant sur quatre est vacant.*

[3] FHF, *Conférence de presse de la communauté hospitalière et médico-sociale publique sur l'actualité et les attentes de la gérontologie et de la gériatrie*, p 22.

la retraite, et plus précisément -54% pour les infirmiers, -49% pour les ASHQ et ASH et -57% pour les aides-soignants[4].

S'ajoute à ces départs en retraite la mise en place des 35 heures, qui a obligé les établissements sanitaires et sociaux à recruter du personnel supplémentaire. Une enquête de la DREES réalisée fin 2002[5] estime à un peu plus de 37 000 le nombre total de créations de postes programmées pour la mise en place de la RTT dans les établissements publics de santé, ce qui recoupe les intentions de créations annoncées par les pouvoirs publics dans le champ sanitaire, avec une fourchette comprise entre 5,6% et 5,9% du total des effectifs décomptés au 31 décembre 2001. Ces intentions de créations de postes privilégient toujours les emplois soignants, qu'ils soient infirmiers ou aides-soignants.

Le succès du travail à temps partiel dans ce type de fonction participe enfin du même processus d'augmentation des besoins en personnel soignant. En effet, la proportion d'infirmiers à temps partiel a doublé depuis 1983 et s'établit à 22% au début des années 2000[6].

Au titre des facteurs plutôt qualitatifs, l'évolution de la perception du métier soignant doit d'abord être évoquée, tant le caractère pénible de ces professions sur le plan physique et psychologique ne semble pas encourager les vocations. La DREES constate d'ailleurs dans une enquête réalisée sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé en 2003[7] le signalement par les infirmiers et les aides soignants de moments très pénibles avec les patients dans leur exercice professionnel. 53% des infirmiers et de 43% des aides soignants font état de situations de tension (agressions verbales et physiques) et les efforts physiques sont également souvent signalés, surtout chez les aides soignants et les agents des services hospitaliers (plus que dans les autres secteurs d'activité sujets à des conditions de travail exigeantes sur le plan des efforts physiques). Le travail en milieu hospitalier semble de plus être caractérisé par une charge mentale très importante (contraintes de rythme de travail fortement perçues).

---

[4] DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Fonction publique hospitalière: données démographiques horizon 2015,* p 17.

[5] BOUSQUET F. *La mise en oeuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière*, p 7.

[6] BERLAND Y., GAUSSERON T. *Démographie des professions de santé*, p 56.

[7] LE LAN R., BAUBEAU D. *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, p 3.

A cette perception peu favorable du métier soignant s'ajoute la crise de l'organisation provoquée par la mise en place des 35 heures. La DREES[8] met en évidence qu'au-delà des difficultés d'adaptation aux nouvelles règles du temps de travail, les établissements constatent également dans leur grande majorité (88%) des difficultés de fonctionnement ayant un impact sur la vie sociale de l'établissement ou sur la qualité de la prise en charge des patients. Concernant ce dernier point, la diminution du temps de présence au lit, citée par plus de 70% des établissements semble être perçue, comme une conséquence directe de la réduction du temps de travail. Enfin, un peu plus d'un établissement sur deux jugent que la RTT a été un facteur d'aggravation des tensions sociales.

❖ *… dans un contexte spécifique à la gérontologie*

Les facteurs évoqués de la pénurie soignante ont connu une résonance particulière dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées. En effet, l'augmentation du nombre et de la dépendance des personnes âgées a entraîné une forte recrudescence des besoins en personnel soignant, qui peine à être pourvue du fait de la difficile reconnaissance du métier soignant en gérontologie.

Fin 2003, près de 348 000 personnes étaient employées dans l'ensemble des EHPA, soit 298 000 ETP contre 220 000 en 1996 (+34%)[9]. Le taux d'encadrement global (nombre d'emplois en ETP pour 100 places) s'élève en moyenne à 45 pour l'ensemble du secteur (soit 14 points de plus qu'en 1996) et à 33 hors administration et services généraux. Cette augmentation peut être mise en parallèle d'une part avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais aussi avec le niveau de dépendance accrue des résidents en établissements, qui nécessitent une présence professionnelle renforcée.

Au cours de la période 1996-2003, la population âgée de 75 ans et plus a augmenté de 23% (soit 888 000 personnes)[10]. Et ces chiffres ne sont pas près de diminuer, car l'INSEE a établi en 2004 dans une étude à long terme sur la dépendance des personnes âgées[11] que le nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040

[8] BOUSQUET F. *La mise en oeuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière*, p 11-12.

[9] TUGORES F. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activité et personnel (premier résultats de l'enquête EHPA 2003)*, p 7.

[10] TUGORES F. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activité et personnel (premier résultats de l'enquête EHPA 2003)*, p 2.

[11] DUÉE M., REBILLARD C. *La dépendance des personnes âgées: une projection à long terme*, p 15.

devrait varier, selon les scénarios d'évolution de la dépendance, de 1 à 1,5 millions de personnes.

En parallèle à cette augmentation du nombre de personnes âgées, les établissements accueillent des populations de plus en plus dépendantes. Selon la DREES, la proportion de personnes âgées dépendantes aurait beaucoup augmenté depuis 1998 : environ 81% des résidents d'EHPA hors logements foyers seraient classés en GIR 1 à 4, contre 57% en 1998[12].

Les efforts déployés par les pouvoirs publics pour faire face à cette situation, notamment à travers la mise en place progressive de conventions tripartites liant les établissements, le Conseil général et l'Etat destinées à améliorer la prise en charge sanitaire des résidents, permettent de considérer fin 2003 environ 363 000 places comme médicalisées (c'est à dire un taux d'équipement en places médicalisées de 76 places pour mille habitants de 75 ans et plus, en nette progression depuis 1996, date à laquelle on en comptait 57) [13]. Rapporté aux personnes dépendantes de 75 ans et plus, ce taux d'équipement médicalisé atteint presque 60%. La part des places médicalisées a ainsi augmenté, passant de 34% en 1996 à 54% en 2003. De plus, en 2004, 104 000 places en établissement ont été médicalisées et 10 000 emplois d'aides-soignants, d'AMP et d'infirmiers ont été créés dans les EHPA et Catherine Vautrin a fixé pour 2005 l'objectif de plus de 120 000 places médicalisées ce qui représente 12 000 nouveaux emplois potentiels[14].

La difficulté à trouver du personnel soignant pour répondre à cette forte création d'emplois est aggravée par le déficit d'image dont souffre le secteur gérontologique. David Causse, adjoint au délégué général de la FHF et responsable du pôle vieillesse-handicap, explique la faible attractivité du secteur de la façon suivante : « Le taux d'encadrement y est insuffisant, avec une charge en soins élevée et un risque important d'épuisement professionnel. Enfin, il s'agit d'un secteur largement sous-doté » [15]. Paradoxalement, selon l'enquête "Les français et le grand âge" réalisée par TNS Sofres en février 2005, la prise en charge de l'âge apparaît comme étant un secteur attractif pour une majorité des français. Ainsi, 61% conseilleraient à un proche

[12] TUGORES F. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activité et personnel (premier résultats de l'enquête EHPA 2003)*, p 5.

[13] TUGORES F. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activité et personnel (premier résultats de l'enquête EHPA 2003)*, p 4-5.

[14] AFP. *Personnes âgées : 10 000 emplois créés en 2004, 12 000 nouveaux prévus en 2005*.

[15] BERTHELIN O. *Comment faire face à la pénurie de main d'œuvre* ?

ou un enfant de s'orienter vers un métier d'aide et de prise en charge des personnes âgées.

Afin de limiter les effets de cette pénurie soignante, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures à court et long terme, qui doivent apporter des solutions à l'échelle nationale.

❖ *Les solutions palliatives d'urgence*

Pour parer au plus pressé et pallier rapidement le déficit de soignants, deux types de mesures ont été prises : l'orientation privilégiée vers ce secteur des actifs ne travaillant pas et le recrutement de personnels étrangers.

L'orientation des actifs ne travaillant pas vers le métier de soignant s'est faite de façon très diverse, même si souvent de manière marginale.

Par exemple, l'entreprise Appel médical a décidé de favoriser le retour à l'emploi d'infirmier en arrêt d'activité depuis au moins cinq ans en mettant en place un dispositif de formation spécifique. En effet, certaines infirmières, qui ont interrompu leur activité pour des raisons familiales principalement, ne parviennent pas toujours à reprendre une activité du fait de l'évolution rapide du métier, de sa technicité et de ses obligations. Une centaine de personnes ont ainsi repris effectivement leur activité en deux ans[16].

De même, plusieurs projets baptisés «passerelle Industrie-Santé » ont permis de réorienter des demandeurs d'emploi à la suite de la fermeture de l'usine où ils travaillaient, l'idée étant d'accompagner la reconversion de salariés aux métiers d'aide soignant et d'agent des services hospitaliers qualifié. A la suite d'une présentation au monde de la santé et de ses différents métiers aux ouvriers, et d'entretiens individuels avec les personnes intéressées, les personnes retenues ont suivi une formation de quatre mois puis un stage de quatre semaine pour finalement disposer du niveau d'ASHQ.[17].

D'autres mesures ont été mises en place plus récemment, comme la simplification des contrats d'avenir, qui s'adressent aux bénéficiaires du RMI, de l'ASS et de l'API et des contrats d'accompagnement dans l'emploi qui visent, selon leur définition, à

[16] HEMERY P. *Cas particulier : le retour à l'emploi infirmier*.

[17] LEURIDAN S. *De l'industrie à l'hôpital, des passerelles existent.*

« répondre à des besoins collectifs non satisfaits »[18] et tâchent de séduire à la fois employés et employeurs.

Le recrutement de personnels étrangers, aujourd'hui bien connu des employeurs hospitaliers, fonctionne depuis plus de deux ans avec le dispositif de recrutement de paramédicaux espagnols. Il a permis de recruter, au 1er mars 2004, 512 infirmiers dont 46 départs en tout après 18 mois de fonctionnement, soit seulement 8%[19]. Une goutte d'eau dans une mer de besoins, et un dispositif exigeant pour les employeurs, mais également une expérience enrichissante pour les équipes et pour les intéressés. 55 établissements sur 76 ont considéré que le bilan était positif ou très positif. Ces tentatives de greffes trans-pyrénéennes préfigurent un mode de fonctionnement qui pourrait bien se banaliser dans l'avenir.

❖ *Des mesures à plus long terme*

Au-delà de l'amélioration de l'attractivité des carrières sur le plan statutaire et salarial et sur le plan des conditions de travail (protocoles du 14 mars 2000 et 2001), deux types de mesures pourraient avoir des effets durables.

D'une part, la croissance du nombre d'infirmiers, régulière depuis les années soixante-dix, devrait s'accélérer avec le relèvement de 43% par rapport à 1999 des quotas d'entrée dans les écoles depuis l'année 2000[20]. Entre 1985 et 2001, le taux de croissance des effectifs a été de 39%. Depuis 2000, 26 000 infirmiers entrent annuellement en formation. Cependant, certaines écoles ne remplissent pas leurs quotas d'élèves infirmiers.

D'autre part, la valorisation des acquis de l'expérience et la qualification sur postes pourront être un moyen rapide de produire de la qualification.

La loi de modernisation sociale du 17 ou 18 janvier 2002[21] offre de nouvelles possibilités à la validation des acquis professionnels en la complétant par la validation des acquis de l'expérience, qui reconnaît les acquis de l'expérience professionnelle ou personnelle pour accéder à une formation ou obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un

---

[18] CRESTEL N. *Contrats d'avenir et d'accompagnement à l'emploi : une réponse adaptée aux problèmes de recrutement ?*

[19] BARTHES R., QUILLET E. *Recrutement de paramédicaux espagnols, deux ans de fonctionnement du dispositif national*, p 69-70.

[20] DESCOURS C. *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, p 9.

titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification. Tous les diplômes du secteur sanitaire et social doivent à terme être accessibles par la VAE. C'est déjà le cas pour le diplôme d'aide-soignant, avec l'arrêté du 25 janvier relatif aux modalités d'organisation de la VAE[22], très attendu des établissements pour personnes âgées. En effet, il n'est pas rare, dans ces structures, que les agents des services hospitaliers réalisent les mêmes actes que les aides soignants, et ce depuis de longues années. Cependant, le nombre de demandes effectives de VAE pour ce diplôme reste encore incertain, la procédure à suivre étant très lourde afin de garantir que la VAE n'affecte ni la qualité de la formation des soignants ni la performance des prestations de soins.
La qualification sur postes devrait permettre, quant à elle, de recruter sur poste des personnes non qualifiées, à condition que les établissements s'engagent à les qualifier dans les trois ans à venir. Des dispositifs s'inspirant de cette philosophie sont déjà expérimentés : depuis deux ans, par exemple, l'institut de formation en soins infirmiers de Toulon - Hyères a mis en place un module de formation en alternance au métier d'aide soignant. Les candidats s'adressent directement à l'institut qui fait office de guichet unique formateur-employeur-financeur et se voient proposer un contrat de qualification dans un EHPAD qui leur permet de préparer le diplôme d'aide-soignant en deux ans.

Malgré ces efforts globaux au plan national, les établissements sanitaires et sociaux sont toujours confrontés à de grandes difficultés de recrutement de personnel soignant. En effet, dans un marché de l'emploi tendu, ces mesures ne peuvent suffire à améliorer la situation et les établissements qui doivent aujourd'hui analyser leurs atouts et leurs faiblesses en termes d'attractivité pour les soignants. De manière plus globale, chaque établissement doit entreprendre une réflexion sur sa politique à l'égard des soignants.

C'est l'analyse que nous proposons de conduire concernant la maison de retraite de Reignier, située à la frontière suisse. Après avoir examiné les raisons spécifiques pouvant expliquer ses problèmes de recrutement de personnel soignant qualifié ainsi que le renouvellement incessant de son personnel soignant, nous nous attacherons à l'étude d'actions qui pourraient y être menées en matière de gestion des ressources humaines pour surmonter durablement ce phénomène.

---

[21] Loi n°2002 -73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

[22] Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant

1. LA MAISON DE RETRAITE DE REIGNIER CONFRONTÉE A UNE PÉNURIE CROISSANTE DE PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ

Créée par le Conseil Général de Haute-Savoie le 17 avril 1890, la maison de retraite, centre de soins de longue durée de Reignier a connu une forte progression de sa capacité d'accueil jusqu'au début des années 1960, où elle comportait 479 lits. Les décennies suivantes, et en particulier la période récente, ont été marquées par de très importants travaux d'humanisation et de rénovation, au terme desquels et depuis 1997 l'établissement compte 256 lits (dont 230 classés en long séjour). Ces travaux, outre leur nécessité sur le plan matériel, sont la résultante d'une évolution très rapide de la nature des prises en charge à la maison de retraite de Reignier, élément majeur qui a modifié de manière sensible l'activité de l'établissement : d'hospice, l'établissement a du assez brutalement se transformer en centre de long séjour sans jamais véritablement passer par le stade de maison de retraite. De fait, les usagers de l'établissement sont, depuis ces dernières années, des personnes de plus en plus fragiles, de moins en moins autonomes, le plus souvent affectées des pathologies du grand âge. Quelques chiffres illustrent bien cet état de fait : le GMP de l'établissement s'élevait en 2004 à 796[23], environ 80% des résidants de l'établissement provenant de l'hôpital ; la durée moyenne de séjour était de 278 jours (c'est-à-dire inférieure à une année), la très grande majorité des sorties étant des décès.

Dans ce contexte de plus grande dépendance des résidants, une évolution structurelle des besoins en personnel soignant qualifié s'est naturellement faite jour : en effet, l'effectif soignant (réel) a augmenté d'un quart ces huit dernières années. Or l'établissement se heurte à une pénurie croissante de personnel soignant qualifié. Comment l'expliquer ?

C'est à l'identification des facteurs de la pénurie soignante spécifiques à la maison de retraite de Reignier qu'est consacrée cette première partie du mémoire. Afin de réaliser ce « diagnostic », je me suis appuyée, en dehors d'éléments théoriques me servant de référentiel (de grille d'analyse), sur :

- des entretiens réalisés aussi bien au sein de la structure qu'avec ses partenaires et ses concurrents ;

[23] Ce chiffre a régulièrement baissé ces dernières années (il s'élevait à 848 en 2001), ce qui s'explique non pas réellement par une baisse de la dépendance des résidants mais plutôt par le constat d'une évolution des modalités de « girage », moins « objectives » qu'auparavant.

- des données chiffrées, parfois extraites des PV des instances, mais qui ont souvent du être reconstituées ;
- les résultats de l'autoévaluation menée il y un an et demi avec l'aide d'un organisme extérieur ;
- deux enquêtes que j'ai eu l'opportunité de conduire : l'une au sein de l'établissement sur l'organisation des pratiques soignantes et l'autre dans l'institut de formation infirmier et aide-soignant le plus proche sur les dispositions des élèves à l'égard du secteur gérontologique (en général et plus précisément vis-à-vis de la maison de retraite de Reignier).

Ce diagnostic a permis de distinguer deux types de problèmes auxquels l'établissement est confronté : d'une part, le recrutement de personnel soignant qualifié s'avère de plus en plus délicat, mais d'autre part, une fois recruté, ce personnel ne se stabilise pas (ou peu) au sein de l'établissement.

1.1. L'établissement connaît un recrutement de plus en plus délicat …

Depuis quatre ans, la responsable des ressources humaines de l'établissement rencontre de plus en plus de difficultés de recrutement en personnel soignant qualifié, la soumettant à une gestion délicate des recrutements. En effet, à la pénurie frictionnelle pendant certaines périodes de l'année (période de congés d'été notamment) s'est ajoutée une pénurie plus structurelle, qui s'illustre à la fois par une déqualification des embauches et un recours croissant à l'intérim.

❖ *La déqualification des embauches d'aides-soignants*

Une enquête statistique sur les besoins présents et prévisibles de personnel qualifié (AMP ou AS) menée par la DRASS de la région Rhône-Alpes auprès d'un échantillon d'établissements d'accueil pour personnes âgées[24] souligne la difficulté pour ce type d'établissements de recruter des aides-soignants qualifiés sur le marché du travail. En effet, pour les recrutements qui n'ont pu se faire, les établissements interrogés évoquent le manque de main d'œuvre qualifiée dans 47% des cas. Aussi les établissements embauchent-ils des personnes qui font fonction d'aide-soignant sans avoir le diplôme correspondant : 20% des aides-soignants dans la région ne sont pas qualifiés et ce chiffre passe à 30% quand on s'intéresse au seul département de Haute-Savoie (chiffre le plus élevé dans la région).

[24] LAPERROUSE P. *La lettre de la DRASS*, p 1.

Pour les mêmes raisons, ce processus de déqualification des embauches est également à l'œuvre à la maison de retraite de Reignier, dans des proportions encore plus marquées : au 31 décembre 2004, l'établissement comptait 69 agents des services hospitaliers non diplômés faisant fonction d'aide-soignant (sans compter les personnels de remplacement), soit 59% du total des aides-soignants. Sur ces 69 ASH, 41 étaient embauchés pour pallier des postes d'AS budgétés mais non pourvus. Ce désajustement entre les emplois d'AS et d'ASH donne, dans la pratique, le sentiment d'une pyramide inversée.

❖ *Le recours croissant à l'intérim infirmier et aide-soignant*

Le recours croissant à l'intérim soignant est lui aussi un indice de pénurie structurelle. De fait, les sommes que consacre la maison de retraite de Reignier à cet effet ont été multipliées par vingt en quatre ans (de 17 500 euros en 2001 à 355 000 en 2004), et devraient croître encore nettement en 2005. La saisonnalisation des dépenses fait apparaître que de ponctuels, les besoins se sont progressivement étendus à l'ensemble de l'année.

En termes de nombre d'heures travaillées, cela équivaut pour 2004 à environ six agents travaillant à temps plein sur l'année :

	Nombre d'heures travaillées	**ETP**
2004	9034	5,7
Janvier - mars 2005	4372	2,8

Et en termes de compétences, la proportion d'intérim AS va croissant, confirmant que la pénurie n'est pas uniquement de type infirmier :

	Part heures AS sur le total	**ETP**
2004	17,5%	1
Janvier - mars 2005	28%	0,8

Cette pénurie de personnels soignants s'explique localement par des éléments démographiques, mais aussi par un environnement concurrentiel fort et une image de l'établissement peu attrayante.

1.1.1. Une situation démographique défavorable

La démographie des personnels soignants a accentué les besoins de recrutement de la maison de retraite de Reignier ces dernières années. D'une part, les départs à la retraite sont allés croissant et, en l'absence de véritable GPEC, ont été remplacés un pour un. D'autre part, le recrutement récent de femmes jeunes a nettement accru le nombre de congés maternité.

- Des départs à la retraite croissants …

Dans la région Rhône-Alpes, le nombre de départs d'aides-soignants en inactivité entre 2002 et 2007 est estimé[25] fin 2002 à 1400 (sur les 13 600 AS des établissements d'accueil pour personnes âgées de la région), soit 280 par an environ (2% du total des aides-soignants), essentiellement pour cause de retraite.
En comparaison, la maison de retraite de Reignier se trouve dans une situation démographique qui peut être qualifiée de « précurseur », l'essentiel des départs en retraite y ayant déjà eu lieu. En effet, 33 départs de soignants ont eu lieu de 2000 à 2005 compris, c'est-à-dire 22% du total des soignants (effectif réel), soit 3,6% chaque année (dont 9% ont été influencés par les incidences de la réforme du calcul des retraites).

Mais l'examen de la moyenne d'âge des personnels soignants de l'établissement permet de penser que la situation évolue dans le bon sens. En effet, au 31 décembre 2003, l'âge moyen des aides-soignants était de 37,8 ans et de 36,7 pour le personnel infirmier. Les départs en retraite des soignants ces six dernières années ayant eu lieu en moyenne à 53,1 ans pour les aides-soignants et 51 ans pour le personnel infirmier, le nombre de départ en retraite devrait se tarir dans les prochaines années. Notons cependant qu'un tiers de ces départs concernent des agents assez jeunes (45 ans en moyenne) qui ont 15 ans de service et trois enfants : cette pratique, courante dans la région, qui permet de s'assurer une retraite et de partir travailler en Suisse par la suite, devrait se perpétuer.

- … auxquels s'ajoutent de nombreux congés maternités

Les congés maternité semblent relayer les départs à la retraite en termes de conséquences sur les besoins de recrutement. L'embauche récente de jeunes femmes a en effet considérablement augmenté le nombre de congés maternité, qu'il faut naturellement remplacer. Ainsi, si l'établissement ne comptait que 10 congés de ce type entre 2000 et 2003, il y en a eu 15 sur la seule année 2003, 8 en 2004 et déjà 4 au 1 mai 2005.

L'augmentation des besoins de recrutement de la maison de retraite de Reignier a donc été le produit d'un effet de ciseau, entre la fin d'une série de nombreux départs à la retraite et le début de la hausse des congés maternité. Le marché de l'emploi soignant étant tel que décrit plus haut, ces données démographiques ont contribué à la formation d'une pénurie structurelle. S'y adjoint un environnement concurrentiel peu favorable à l'établissement.

[25] LAPERROUSE P. *La lettre de la DRASS*, p 2.

1.1.2. Un environnement géographique concurrentiel fort

Située à mi-distance d'Annemasse et de la Roche sur Foron, la maison de retraite, centre de soins de longue durée de Reignier a une vocation départementale très affirmée puisqu'elle est le centre d'accueil de personnes âgées dépendantes le plus important du département. Mais sa taille, surdimensionnée par rapport à l'agglomération qui l'accueille (5000 habitants environ) et à son bassin d'emploi, aggrave les problèmes de recrutement qu'elle rencontre déjà du fait d'un environnement concurrentiel fort. Cette concurrence porte à la fois sur la rémunération, mais aussi les conditions de travail et les opportunités professionnelles qu'offre la maison de retraite de Reignier.

- Sur le plan de la rémunération

Si le secteur public est traditionnellement concurrencé, sur le plan de la rémunération des personnels, par le secteur libéral, cela ne semble pas être le cas en Haute-Savoie, qui doit plutôt se préoccuper de la Suisse voisine.

En effet, lenquête réalisée auprès des élèves aides-soignants et infirmiers de l'IFSI d'Annemasse en juin 2005[26] montre qu'à la sortie de l'école, seuls 7% des aides-soignants, 4% des infirmiers de première année et 11% de ceux deuxième année souhaitent exercer en libéral, alors que 43% des aides-soignants, 66% des infirmiers de première année et 55% de ceux de deuxième année souhaitent aller exercer en Suisse.

Dans le même ordre d'idée, 63% des démissions à la maison de retraite de Reignier concernent des agents qui vont travailler en Suisse dans le même secteur.

❖ *Une pénurie de soignants suisses qui profite aux frontaliers …*

De manière générale, on constate une élasticité entre le taux de chômage du canton de Genève et le nombre de permis délivrés aux frontaliers. Ainsi, quand le taux de chômage genevois augmente dans un secteur, le nombre de permis délivrés dans ce même secteur baisse, et vice versa. De fait, loffice cantonale de la statistique de Genève[27] constate que c'est en 1998, avec le redémarrage de l'économie genevoise, que le mouvement des frontaliers repart à la hausse ; et en 2003, passé le début de l'année et les perturbations administratives les plus sensibles (bousculement de l'enregistrement des permis frontaliers dans le registre des habitants du fait de l'entrée en vigueur du premier volet des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union

[26] Voir les annexes n° 1 et 2 pour le contenu des questionnaires. Seuls les résultats intéressant spécifiquement le mémoire seront mentionnés, les autres restant la propriété de la maison de retraite de Reignier. Echantillon : 32 AS interrogés, 54 IDE de première année, 35 IDE de deuxième année.

[27] MOUCHET S. *Données statistiques,* p 1.

Européenne sur la libre circulation des personnes au 1er juin 2002[28]), on remarque un ralentissement progressif de l'augmentation de l'effectif des nouveaux frontaliers du fait d'une conjoncture morose qui n'a pas épargné les entreprises genevoises.

Mais ce phénomène d'élasticité s'observe moins pour les professions dites « d'aide en soins ». En effet, le chômage dans ces professions a fortement progressé depuis 2001 à Genève[29]. Parallèlement, il ressort de l'enquête genevoise dans le secteur santé[30] que ce chômage coexiste avec une pénurie de main d'œuvre qualifiée dans les professions d'aide en soins : dans la majorité des établissements, la part de personnel non qualifié dans ces professions est plus importante que celle du personnel qualifié, qui s'élève en moyenne à 30%. Plusieurs employeurs ont souligné qu'ils avaient désormais comme politique de recrutement, soit d'engager exclusivement du personnel qualifié, soit d'accorder leur préférence aux candidats qualifiés pour autant qu'ils soient disponibles sur le marché du travail. Dès lors, les travailleurs frontaliers qualifiés dans ce secteur échappent aux conséquences des variations de l'économie sur la délivrance de permis de travail. De fait, le nombre de frontaliers travaillant dans la branche «services de santé » a cru de manière très régulière pour presque doubler entre 1996 et 2004, et s'élevait à 4 923 fin 2004[31] (les trois quarts environ étant des femmes).

❖ *…mieux rémunérés*

Ce flux de travailleurs transfrontaliers s'explique pour partie par les conditions de rémunération très favorables qu'offre la Suisse. En effet, questionnés sur les raisons de leur désir de travailler en Suisse, les étudiants de l'IFSI d'Annemasse évoquent en moyenne dans 45% des cas (toutes filières confondues) la rémunération.

En règle générale, il est assez intéressant pour la Suisse d'employer des frontaliers, puisqu'ils sont en moyenne moins bien rémunérés que les suisses (en 2000, le salaire

[28] Avec les accords bilatéraux, les ressortissants de l'UE peuvent obtenir un permis frontalier, sous réserve de la situation de l'emploi et des conditions d'engagement, pour une durée de cinq ans, dont la validité n'est plus liée à la durée du contrat ni au lieu de travail. De plus, les dits ressortissants frontaliers ne sont plus obligés de regagner leur domicile étranger tous les soirs, le retour pouvant être hebdomadaire. Enfin, la priorité donnée aux résidents suisses sur le marché du travail local est abolie.

[29] VOCAT M., GIRARD P.H., MEYER A. *Rapport de veille – Etat des lieux concernant les demandeurs d'emploi issus des professions d'aide en soins*, p1.

[30] OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, SERVICE DE LA PROSPECTIVE. *Enquête genevoise dans le secteur santé,* p 5-6.

[31] MOUCHET S. *Données statistiques*, p 14-15.

brut médian standardisé des suisses dans le secteur privé est de 6 319 francs suisses, contre 5 647 pour les frontaliers)[32]. Mais cette règle ne se vérifie pas dans le secteur de la santé et de l'aide en soins, où les employeurs appliquent des barèmes salariaux réglementés, ce qui est à l'avantage des frontaliers. Ainsi, d'après Antoine Bazin[33], un infirmier aux HUG commence à 5700 francs suisses bruts mensuels (auxquels il faut retirer en moyenne 12,5% pour obtenir le net, ainsi que les cotisations d'assurance-maladie, non retenues à la sources, qui coûtent au salarié encore 5,7% de son salaire brut[34]), soit 4670 francs suisses nets, c'est-à-dire environ 3030 euros. De plus, les personnels qui travaillent à l'hôpital de gériatrie des HUG ont une prime pour la pénibilité de leur travail. En comparaison, la médiane des salaires nets perçus par les infirmiers lors de leur premier emploi est de 1326 euros nets mensuels[35].

Certes, les comparaisons salariales entre pays sont toujours délicates : il est difficile d'avoir des définitions parfaitement comparables et de prendre en compte l'ensemble des facteurs explicatifs du niveau de salaire. Elles ne donnent qu'une vision partielle des éléments qui entrent en ligne de compte dans l'arbitrage que fait le salarié : celui-là, en effet, se base plutôt sur le revenu disponible annuel ou pluriannuel, qui intègre les prestations sociales et déduit les prélèvements directs ou indirects. Ces chiffres doivent donc être utilisés en pleine connaissance de leurs limites. Ils apportent néanmoins des ordres de grandeurs utiles à notre réflexion sur les flux transfrontaliers : il est bien préférable pour un soignant, sur le plan de la rémunération, de travailler en Suisse plutôt qu'en France.

En définitive, la rémunération semble être l'élément d'attraction initial des travailleurs frontaliers en Suisse ; d'autres facteurs, comme les conditions de travail, les incitent ensuite à y rester.

- Sur le plan des conditions et contraintes de travail

Dans ce domaine, la maison de retraite de Reignier est concurrencée à la fois par le travail en agence d'intérim, mais aussi (à nouveau) par la Suisse.

[32] BENETTI D. *Les salaires des Suisses et des étrangers à Genève*, p 1.

[33] Adjoint de direction, responsable du centre de formation des Hôpitaux Universitaires de Genève.

[34] LEURS Y. *Une comparaison des salaires entre la France et la Suisse dans la zone frontalière genevoise*, p 2.

[35] MARQUIER R. *Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale*, p 9.

❖ *La souplesse du travail intérimaire*

La stabilité de l'emploi que permet le statut protecteur de la fonction publique a longtemps été un élément d'attractivité du secteur public. Mais sur un marché porteur pour les professions soignantes du fait de la pénurie, la stabilité de l'emploi n'est plus une valeur ajoutée. Les infirmiers et aides-soignants valorisent ainsi d'autres critères de choix de leur lieu d'exercice, comme la rémunération (on l'a vu plus haut) mais aussi les conditions et contraintes de travail.

Dans cette optique, le travail en agence d'intérim, qui assure une certaine souplesse dans l'organisation de son temps (en comparaison avec le travail en établissement), gagne les faveurs des soignants. De fait, à la sortie de l'école, l'enquête précitée montre que déjà 8% infirmiers de première année et 14% de ceux de deuxième année souhaitent exercer en intérim, sans compter ceux qui attendent d'acquérir un peu d'expérience pour les rejoindre.

❖ *La charge de travail moins élevée en Suisse et à l'hôpital public*

L'enquête réalisée à l'IFSI d'Annemasse a mis en évidence qu'en majorité, le travail à la maison de retraite de Reignier (pour ceux qui y ont fait un stage) est considéré comme trop difficile, notamment du fait du manque de personnel et de l'absence de temps à consacrer à chaque résident (l'expression «travail à la chaîne » revient régulièrement). Or, au titre des dimensions clés de leur métier, les aides-soignants désignent les aspects « relation » et « nursing » comme très importants (la technique l'étant moins), tandis que les infirmiers qualifient l'aspect « relation » de très important, la « technique » étant importante et le « nursing » moins. Ainsi, les conditions de travail de la maison de retraite de Reignier, telles qu'elles sont perçues par ces futurs professionnels, ne favorisent pas la dimension relationnelle de leur métier, qu'ils considèrent pourtant tous comme très importante.

En comparaison, la charge de travail en Suisse, même si l'horaire légal de travail hebdomadaire y est de 40 heures, est réputée moins lourde. En effet, « les conditions et la qualité du travail » sont la deuxième raison évoquée dans l'enquête expliquant le souhait de partir travailler en Suisse. Et c'est un fait que les HUG sont un des hôpitaux les plus chers au monde, notamment du fait de la grande quantité de moyens et de personnels qui y travaillent. Il est vrai que tous les frontaliers ne travaillent pas aux HUG et que les conditions de travail sont un peu moins bonnes en EMS qu'aux HUG, mais les EMS sont plus pourvoyeurs de postes vacants, tremplins pour obtenir un permis de travail et changer par la suite d'établissement.

Il en va de même pour les centres hospitaliers français voisins (notamment l'hôpital d'Annemasse), qui s'ils n'ont pas toujours beaucoup plus de personnel que la maison de retraite de Reignier, ont d'autres atouts sur le plan des conditions de travail. La mise en place des 35 heures joue par exemple en leur faveur, puisque des jours de RTT ont quasi systématiquement été négociés, à la différence de la maison de retraite de Reignier ; or ces jours de RTT sont très prisés des soignants, car ils leur laissent plus de marge de manœuvre dans l'organisation de leur vie personnelle.

Ces éléments salariaux et de conditions de travail concernent l'ensemble des établissements de Haute-Savoie, comme le rappelait Claude Birraux, député de Haute-Savoie, le 14 octobre 2003 dans une séance de questions orales sans débat à l'Assemblée nationale :

> « La Haute-Savoie (…) connaît des problèmes liés à sa position frontalière et renforcés par les accords bilatéraux Suisse - Union européenne, qui sont déséquilibrés. Elle souffre en particulier d'une pénurie de personnel médical, infirmier et aide-soignant : elle compte 406 infirmiers pour 100 000 habitants contre 550 au niveau national et régional. (…) La situation est de plus en plus préoccupante, parce que Genève, qui recrute 300 infirmiers par an, n'en forme que 50 ; parce que les conditions de travail, particulièrement dégradées avec les 35 heures, sont moins intéressantes qu'en Suisse (…) ; parce que le coût de la vie est élevé et qu'il est très difficile de trouver un logement (…) ».

Il faut enfin y ajouter, concernant plus spécifiquement la maison de retraite de Reignier, ses lacunes sur le plan des opportunités professionnelles.

- <u>Sur le plan des opportunités professionnelles</u>

Les « opportunités professionnelles » sont, d'après les résultats de l'enquête précitée, déterminantes dans le choix de leur lieu d'exercice à la sortie de l'école pour 25% des aides-soignants (après « le travail en équipe »), pour 26% des infirmiers de deuxième année (en première position) et pour 30% de ceux de première année. Cet aspect mérite donc une attention particulière dans l'analyse des facteurs de concurrence entre établissements sanitaires et sociaux.

❖ *Une offre de soins non diversifiée*

La maison de retraite de Reignier est passée assez rapidement, on l'a dit, d'hospice à centre de soins de long séjour, sans avoir eu le temps de diversifier.

Parallèlement, la structuration de l'offre de soins est un peu prisonnière d'une fiction. Au plan juridique, l'établissement comporte des unités de long séjour (230 lits) et une section de cure médicale (une vingtaine de lits). Mais la nature juridique de l'établissement doit être précisée, la tutelle devant choisir, lors de la signature de la convention tripartite, le rattachement soit au secteur médico-social, soit au secteur sanitaire. Cet enjeu, qui n'est pas modeste au regard des conditions de

fonctionnement de l'établissement, conditionne un peu l'évolution de l'offre de soins, dont notamment l'opportunité de disposer d'un accueil de jour, d'un hébergement temporaire, d'activité « mémoire » etc. ...

Ainsi, les personnels soignants travaillant à la maison de retraite de Reignier n'ont-ils pas la possibilité de changer de type d'activité, leurs opportunités professionnelles se voyant de ce fait restreintes, en comparaison à nouveau avec les HUG où de multiples possibilités de parcours professionnels sont envisageables, tant les soins sont à la pointe de technique et nécessitent un personnel varié.

❖ *Une politique de formation irrégulière*

A l'absence de possibilité de changement d'activité à la maison de retraite de Reignier s'adjoint la politique de formation irrégulière qui y est conduite.

En effet, l'établissement (qui n'adhère pas à l'ANFH) n'a pas connu de plan de formation en 2003 et 2004. Et même si des plans de formation étaient élaborés auparavant, ils étaient, relativement à la Suisse et aux centres hospitaliers voisins, moins ambitieux du fait de la taille de l'établissement. En comparaison, les HUG disposent d'une centre de formation continue qui forme 6000 agents par an en interne (sur 10 000 environ, les chances d'y accéder étant donc grandes) avec une gamme de formations très large, ce que la maison de retraite de Reignier ne peut naturellement pas se permettre. Cette politique de formation assez modeste contribue donc elle aussi à réduire le champ des possibles en termes d'opportunités professionnelles pour les soignants, concourrant par la même à sa moindre attractivité.

L'environnement concurrentiel fort de la maison de retraite de Reignier s'avère ainsi facteur de difficultés sur le plan du recrutement de personnels soignants qualifiés. L'image peu attrayante de la maison de retraite semble les aggraver.

1.1.3. Une image peu attrayante

Les chiffres issus de l'enquête réalisée auprès des étudiants de l'IFSI d'Annemasse sont très révélateurs du caractère non attrayant de la maison de retraite de Reignier. De fait, 81% des aides-soignants, 63% des infirmiers de première année et 88% de ceux de deuxième année n'envisagent pas du tout d'y déposer une candidature à l'issue de leur formation.

Pourtant, cette même enquête fait apparaître que la gériatrie n'est pas si mal classée quant au type de service dans lesquels les aides-soignants souhaitent exercer : 46%

d'entre eux l'ont classé en première et deuxième position (sur cinq choix). Et globalement, la gériatrie est le second choix des aides-soignants après la chirurgie.

L'accueil et l'encadrement médiocres des stagiaires aides-soignants et infirmiers, ainsi que l'image plutôt défavorable que renvoie la maison de retraite de Reignier expliquent vraisemblablement ce manque d'attractivité.

- Des stagiaires peu accueillis et encadrés

Pour Denis Martin, « les instituts de formation constituent une source naturelle de recrutement pour les établissements et les conditions d'accueil et le déroulement des stages hospitaliers de ces étudiants sont souvent déterminantes dans leur futur choix professionnel »[36]. C'est en effet pendant cette période cruciale que les futurs professionnels se forgent une opinion sur la structure d'accueil, souvent définitive, et en tirent toutes les leçons au moment de choisir leur secteur d'activité.
A la maison de retraite de Reignier, le nombre de stagiaires accueillis par an n'est pas suivi régulièrement, mais l'enquête en a dénombré 7 pour les aides-soignants, 5 pour les IDE de première année et 10 pour ceux de deuxième année, ce qui au total constitue un bon vivier de personnel potentiel. Or, d'après la responsable des ressources humaines, le nombre d'étudiants ayant été embauchés à la maison de retraite de Reignier après y avoir fait un stage ces dernières années est très marginal, interrogeant sérieusement la qualité de l'accueil et du suivi des stagiaires dans cet établissement.

Dans ce domaine, les réponses des étudiants issus de l'échantillon de l'enquête ayant fait un stage à la maison de retraite de Reignier sont assez diverses. Les aides-soignants sont seulement 33% à en être satisfaits, contre 80% pour les IDE de première année et 70% pour ceux de deuxième année. Trois constats s'en dégagent.
D'une part, l'accueil apparaît variable selon les unités, résultant plus de la personnalité de la personne référente et de l'équipe que d'une véritable ligne de conduite s'appliquant à l'ensemble de l'établissement.
D'autre part, l'absence fréquente d'encadrement (notamment infirmier) est soulignée, les stagiaires étant très rapidement placés en situation de travail autonome, voire même en remplacement de personnel absent. C'est notamment sur ce point que les opinions divergent, certains stagiaires appréciant cette marge de liberté, d'autres se sentant livrés à eux-mêmes.
Enfin, il ressort de l'enquête que la maison de retraite de Reignier constitue un terrain stage adéquat pour les aides-soignants et les infirmiers de première année (du fait de la

[36] MARTIN D. *Accueil – Insertion : pour quoi faire ?*, p. 369.

grande quantité de soins de nursing), mais moins pour les infirmiers de deuxième année, qui sont plus en attente d'apprentissage de soins techniques. Or depuis l'année 2000, du fait des difficultés qu'il rencontrait à trouver des lieux de stage, l'IFSI d'Annemasse a décidé d'envoyer des étudiants à la maison de retraite de Reignier dans le service dit « CANTOU » pour leur stage de médecine de deuxième année, ce qui n'est pas forcément une solution adaptée, certains étudiants considérant même faire trop de stages en gériatrie.

Ces résultats mitigés sur le plan de l'accueil et du suivi des stagiaires à la maison de retraite de Reignier sont corroborés par l'absence de toute formalisation de ce domaine là. Aucune procédure d'accueil n'est formalisée ni connue au niveau de la responsable des ressources humaines. Et l'encadrement des stagiaires se fait par le référent du service d'accueil, mais sans lien avec l'IFSI en termes de formalisation des exigences attendues du lieu de stage (aspects pédagogiques, évaluation ultérieure).

- <u>Une image négative, notamment au sein des écoles de formation</u>

Il en va de la politique de communication externe de la maison de retraite de Reignier comme de celle d'accueil et de suivi des stagiaires : elle n'est pas formalisée, voire inexistante, ce qui nuit fortement à son potentiel d'attraction des personnels soignants. En effet, l'image d'un établissement commence par le bouche à oreille, un vecteur de communication qui aura des conséquences en matière de recrutement. Ici, l'absence de toute présentation orale ou écrite de l'établissement (brochure) auprès des IFSI par exemple, ne donne aucun signe positif aux étudiants, laissant le champ libre aux « on-dit » et autres rumeurs. De fait, la maison de retraite est d'une part largement méconnue des stagiaires de l'école de formation la plus proche, et d'autre part, l'image qui s'y rattache est négative dans l'ensemble.

A la question « Connaissez-vous cet établissement ? » à propos de la maison de retraite de Reignier, 53% des aides-soignants, 78% des infirmiers de première année et 34% de ceux de deuxième année interrogés lors de l'enquête à l'IFSI d'Annemasse ont répondu par la négative. Or les trois quarts de chaque promotion de cet IFSI sont composés de personnes habitant en Haute-Savoie ou dans l'Ain, bassin naturel de recrutement de la maison de retraite de Reignier.

Mais surtout, l'image qu'ont les étudiants de l'établissement (quand ils en ont une) est peu favorable. Les aides-soignants la décrivent dans l'ensemble comme « négative », majoritairement du fait d'un manque de personnel (présumé ou constaté) et des conditions de travail qui en découlent. Celle des infirmiers est plus contrastée, 10% la

qualifiant de « très bonne » et 10% de « très mauvaise ». Le reste évoque également le fort manque de personnel, notamment infirmier. En définitive, le mot « usine » qui revient plusieurs fois au fil de l'enquête, résume assez bien l'image de l'établissement qui se dégage des réponses données. Cette image peu flatteuse renforce donc naturellement la faible attractivité de l'établissement.

Les difficultés de recrutement de la maison de retraite de Reignier proviennent ainsi d'une série de facteurs à la fois conjoncturels (situation démographique) et locaux (forte concurrence) sur lesquels elle a peu de prise, mais aussi de facteurs plus structurels, dont son image, qu'elle pourra améliorer.
Mais pour autant, la pénurie de personnels soignants qualifiés à laquelle est confronté l'établissement ne sera pas résolue, puisque les difficultés de recrutement ne constituent qu'une part du problème.

1.2. … et peine à stabiliser son personnel soignant

Au-delà de ses difficultés à recruter du personnel qualifié, la maison de retraite de Reignier peine à stabiliser les personnels en place. Pourtant, l'établissement dispose de certains atouts propices à la fidélisation des soignants, comme en témoignent la large dotation en personnel soignant dont il bénéficie, les bonnes conditions matérielles de travail qu'il entretient et la politique sociale ambitieuse qu'il développe.

❖ *Une confortable dotation en personnel soignant*

Le tableau des emplois théorique fait apparaître que l'établissement dispose, en comparaison avec la moyenne des établissements de ce type, d'une dotation en personnel soignant confortable. De fait, en 2005, sur un total de 196,5 ETP pour 256 lits (ratio de personnel de 0,75 par lit), 126 sont des postes de soignants[37], soit un ratio théorique de 0,5 soignant par lit.

De plus, le tableau théorique ne correspond pas à la réalité dans la mesure où l'établissement a largement anticipé sur l'alourdissement des charges de travail en procédant à des recrutements plus ou moins temporaires, au-delà des effectifs autorisés. On compte en 2005 environ 45 ETP non budgétés, portant le ratio de soignants par lits à 0,67.

❖ *De bonnes conditions matérielles de travail*

Pour ce qui concerne les conditions matérielles de travail, l'établissement offre des infrastructures très satisfaisantes tant au plan des locaux que des équipements. L'établissement a effectivement fait l'objet d'une humanisation entre 1994 et 1997, comprenant la restructuration intégrale des locaux mais aussi le rééquipement des services (100% de lits à hauteur variable, lève-malade et verticalisateur dans tous les services). De plus, le responsable des services économiques examine et accède à la majeure partie des demandes quotidiennes de matériel émanant des services de soins.

❖ *Une politique sociale ambitieuse*

La maison de retraite de Reignier développe depuis de nombreuses années une politique sociale favorable au personnel, qui permet sans doute de fidéliser une part du personnel soignant mais aussi d'attirer de nouvelles recrues.

[37] Comprenant les IDE, les AS et les ASH.

D'une part, le personnel bénéficie des avantages proposés par le CGOS (qui existent dans tous les établissements) et en tire largement profit, puisque le montant total servi par le CGOS (en moyenne 62 000 € sur les cinq dernières années) couvre la quasi-totalité des cotisations versée par l'établissement (en moyenne 64 000€).

D'autre part, l'établissement déploie une politique de logement ambitieuse. En effet, le prix des logements est élevé dans la région du fait de la proximité avec la Suisse (les nombreux travailleurs frontaliers disposant d'un fort pouvoir d'achat) et la tendance à la hausse ne fait que s'accroître. Ainsi les soignants rencontrent-ils des difficultés à se loger avec leurs salaires. La maison de retraite de Reignier tâche donc d'y faire face en proposant des logements à des loyers abordables à ses personnels (12 appartements en gestion directe et 47 appartements HLM sous forme de bail emphytéotique gérés par l'OPHLM). Et de fait, environ un quart du personnel soignant permanent (30 agents) est logé par le biais de l'établissement. Ce score pourrait d'ailleurs être amélioré si la maison de retraite parvenait à juguler l'embolisation croissante des logements par des anciens personnels qui refusent de partir.

Malgré ces éléments favorables, force est de constater un turn-over conséquent du personnel soignant à la maison de retraite de Reignier : il varie depuis 2000 entre 15 et 20% pour l'ensemble du personnel soignant, et entre 40 et 85% pour les infirmiers spécifiquement. Et l'analyse détaillée de ce turn-over fait apparaître que la majorité des départs doit être attribuée non pas à des départs en retraite, mais à des démissions et des fins de CDD (55%).

Autre indice convergent : sur les 46 recrutements de personnels soignants effectués entre 2000 et 2004, seuls 14 travaillent encore dans l'établissement, soit seulement 30%.

Cette instabilité des personnels soignants résulte d'une conjonction de facteurs : une absence de projet au sein de l'établissement, des politiques d'accueil et de communication lacunaires et des conditions de travail qui se dégradent.

1.2.1. Une absence de projet au sein de l'établissement

Le besoin de s'organiser autour d'un projet commun apparaît comme fondamental au regard de la stabilisation des personnels soignants d'un établissement. L'absence de tout projet explique donc en partie l'important turn-over auquel doit faire face la maison de retraite de Reignier.

- <u>Le besoin de s'organiser autour d'un projet commun</u>

Dans les établissements sanitaires et sociaux, donner du sens au travail en permettant aux agents d'adhérer à un projet commun s'avère indispensable en vue de leur

fidélisation, et ce à deux égards. Le projet commun permet à la fois de motiver le personnel dans le contexte particulier de la fonction publique hospitalière et de faire face au cloisonnement du travail, si caractéristique de ce type de structures.

❖ *Le projet institutionnel, source de motivation*

Les théories sur la motivation ont évolué au fil du temps. Aucun modèle ne peut prétendre synthétiser à lui seul toutes les dimensions du processus motivationnel, mais chacun l'éclaire en partie. Les premières théories étaient centrées sur quelques besoins élémentaires (inconscients, instinctifs …) internes à l'individu, sans distinction entre les besoins liés à la satisfaction et ceux liés à la motivation. Celles d'aujourd'hui s'intéressent plus à la diversité des motifs, à leurs dynamiques et aux buts conscients que se fixent les salariés pour progresser au plan professionnel. On réalise aujourd'hui que la motivation au travail est le résultat d'un processus au cours duquel différents facteurs peuvent intervenir. Ces facteurs peuvent être liés au travail lui-même (par exemple le besoin individuel d'accomplissement) ou organisationnels (par exemple l'avancement hiérarchique)[38]. C'est en jouant sur ces facteurs que la gestion des ressources humaines pourra mobiliser au mieux lesdites ressources.

Au titre des facteurs de motivation, F. Herzberg identifie notamment la considération, le travail lui-même et la reconnaissance. Si l'on procure à un individu ces facteurs en lui fournissant l'occasion de jouer un rôle plus actif dans l'organisation, on augmente sa motivation et sa productivité. Cette théorie invite le directeur d'un établissement à accroître les aspects de défi rattachés au travail afin de le rendre plus intéressant. Dans cette perspective, l'adhésion à un projet porteur de sens apparaît ainsi comme un puissant facteur de motivation, en tant qu'elle englobe à la fois les aspects de considération et de reconnaissance du salarié (qui est un élément clé du projet), mais aussi d'enrichissement du travail, puisqu'elle lui donne un sens. D'ailleurs, selon J.R. Loubat, l'absence de projet fédérateur « entraîne une délitescence de l'utilité du travail, de la part apportée par chaque praticien à la mission de l'établissement. »[39].
C'est d'autant plus vrai dans les établissements sanitaires et sociaux qu'ils doivent motiver leurs agents dans un cadre leur laissant peu de marge de manœuvre de ce point de vue là. En effet, contrairement aux entreprises privées, les établissements publics n'ont pas la possibilité de jouer de manière déterminante sur les rémunérations, du fait d'obstacles réglementaires, culturels mais surtout budgétaires. La politique d'intéressement demeure marginale et ne permet pas de proposer des

[38] Voir le tableau synthétisant les principales théories sur la motivation et leurs facteurs en annexe n° 3.

[39] LOUBAT J. R. *Remotivation des personnels et management*, p. 368.

incitations significatives en matière de reconnaissance quantitative (promotion / rémunération). Il faut donc faire appel à dautres leviers de motivation comme la valorisation de l'engagement personnel, l'intérêt au travail, leviers s'inscrivant directement dans le cadre de l'élaboration d'un projet.

❖ *Le décloisonnement par le projet commun*

Une structure sanitaire et sociale est avant tout un monde cloisonné : aux logiques professionnelles (médicale, soignante, administrative …) qui constituent déjà autant de forces centrifuges se superpose un repliement par service très marqué. « Chacun chante son couplet et tend à ne plus pouvoir relativiser les problèmes, à grossir ceux qui se posent à lui »[40] En outre, ce cloisonnement est facteur de déresponsabilisation, puisque la faute est toujours celle de l'autre. Autant d'éléments qui lassent le personnel dans l'exercice de leur travail et peut les inciter à quitter rapidement la structure.

Pour éviter ce genre d'écueil, le projet, qu'il soit d'établissement, de soins ou de vie constitue un moyen d'améliorer le dialogue et la connaissance mutuelle des différentes composantes de l'hôpital, afin de les amener à penser l'établissement comme une entité commune.

Ainsi, par une démarche de concertation, de participation et d'adhésion, on peut attendre un engagement plus soutenu du personnel dans la vie de l'établissement et susciter l'envie d'y rester.

- <u>Une structure dénuée de tout projet institutionnel</u>

L'article L.311-8 de la loi du 2 janvier 2002[41] prévoit que :

> « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que de ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

La norme NF X50-058 établie par l'AFNOR précise quant à elle :

> « Le projet institutionnel définit le cadre de référence philosophiques, morales et humaines qui inspirent la démarche de l'instance décisionnaire, les missions et les choix stratégiques qu'il assigne à l'établissement pour répondre aux besoins et souhaits des résidents et aux attentes de l'environnement et des partenaires ».

---

[40] LOUBAT J. R. *Remotivation des personnels et management*, p. 368.

[41] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le projet d'établissement résulte donc de la mise en perspective de l'évolution stratégique souhaitée par l'établissement sur un temps donné. Il doit être en conformité non seulement avec les objectifs des autorités de contrôle, mais aussi avec le diagnostic interne.
La maison de retraite de Reignier dispose pour ce faire de plusieurs outils, qui n'ont cependant pas encore servi de levier à l'élaboration d'un projet institutionnel.

❖ *Des outils à disposition …*

Afin de pouvoir fixer les objectifs stratégiques de l'établissement pour les cinq années à venir, l'établissement dispose, en sus du schéma gérontologique départemental pour ce qui est des attentes externes, de deux éléments de diagnostic interne.

D'une part, aux fins de préparation de la convention tripartite, une **autoévaluation** a été menée au sein de l'établissement. Le lancement de la démarche a été initié par un premier comité de pilotage en juillet 2003. L'autoévaluation a été conduite avec l'outil Angélique de septembre à fin octobre 2003. Elle a été réalisée par un atelier pluridisciplinaire représentant l'ensemble du personnel et coordonné par le responsable des services économiques. Des thèmes de travail et d'orientation de la convention tripartite ont pu être identifiés au regard de la synthèse d'autoévaluation et des éléments de diagnostic généraux sur l'établissement. Compte tenu des points faibles de l'établissement, le comité de pilotage a retenu huit thématiques en décembre 2003 :

- L'amélioration de l'admission et de l'accueil
- La sécurisation de la prise en charge
- L'individualisation de la prise en charge
- L'organisation médicale
- Les réseaux et partenariat
- La place de l'usager dans l'institution
- Les alternatives à l'hébergement complet
- Les améliorations de la fonction ressources humaines.

Les sept premières thématiques ont fait l'objet de travaux en ateliers en janvier et février 2004. Ces ateliers ont réalisé des fiches d'objectifs permettant de décliner ces orientations en : objectifs, moyens et ressources nécessaires, indicateurs d'évaluation de l'action. Il a été décidé que la thématique portant sur l'amélioration de la fonction ressources humaines serait abordée lors de la réalisation du projet d'établissement par le biais du projet social. Un comité de pilotage s'est réuni début mars 2004 pour valider et amender les fiches d'objectifs et des référents ont été identifiés pour chaque fiche.

D'autre part, une **note relative à la situation générale de l'établissement** ainsi qu'un **cahier des objectifs** ont été réalisés par le nouveau directeur en janvier 2004, deux mois après son arrivée. Ces documents, qui s'appuient essentiellement sur des rencontres, des réunions de travail et sur la lecture de divers documents administratifs internes, rejoignent les résultats de l'autoévaluation sur de nombreux points.

❖ *… qui n'ont pas servi de levier à la démarche de projet*

L'existence de ces outils récents ayant impliqué l'ensemble des acteurs de l'établissement pourrait donc servir de levier à la construction de différents projets au sein de la maison de retraite de Reignier. De plus, la signature de la convention tripartite (prévue pour décembre 2005) obligeant l'établissement à formaliser ses objectifs pour les cinq années à venir, aurait pu constituer une échéance dans ce domaine. Cependant, ces occasions n'ayant pas encore été saisies en juillet 2005, la convention tripartite verra sans doute le jour en dehors de tout projet d'établissement élaboré collectivement.

Conséquence immédiate de l'absence de projet institutionnel, l'établissement ne dispose pas de ses déclinaisons en termes de projet médical, de soins et de vie. Le désinvestissement affiché des médecins, qui refusent toute rénovation de leur statut pour garantir le suivi et la continuité médicale, ne semble pas être un signe favorable à la réalisation d'un projet médical à court terme. Par contre, l'élaboration d'un projet de soins est prévue dans cahier des charges du cadre de santé dont l'arrivée s'est faite en juillet 2005 ; il pourra également mettre à jour le projet de vie élaboré en 1999, mais qui n'a pas été suivi d'effet faute d'encadrement.

Le fait que la maison de retraite de Reignier soit dénuée de tout projet institutionnel établi éclaire donc en partie les difficultés de stabilisation de son personnel soignant. Mais le turn-over incessant de ces personnels trouve également une explication dans les lacunes des politiques d'accueil et de communication mises en œuvre.

1.2.2. Des politiques d'accueil et de communication lacunaires

En effet, l'abandon progressif de toute pratique formalisée en termes d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels depuis le départ des cadres soignants, ainsi que qu'une politique de communication interne embryonnaire sont autant de facteurs qu'il faut prendre en compte dans notre diagnostic.

- L'accueil et la communication, facteurs de motivation …

Comme le détaille l'annexe n° 3, certains théoriciens de la motivation mettent en évidence la place des relations interpersonnelles dans la motivation des salariés. Ainsi, pour E. Mayo, l'individu est essentiellement motivé par ses relations avec les autres, le fait d'être accepté par son groupe comptant particulièrement. D. Mc Clelland souligne lui le besoin d'affiliation qu'ont les individus, les poussant à être aimés et à vivre en harmonie avec leur environnement. Dans cette perspective, l'accueil des personnels et la communication au sein de l'établissement apparaissent fondamentaux au regard de leur motivation, et ainsi de leur stabilisation.

❖ *La motivation des personnels commence par leur accueil …*

Si de nombreux efforts sont souvent entrepris pour un bon accueil des résidents et des familles, le personnel qui intègre un établissement doit pouvoir lui aussi bénéficier de la même attention. De fait, il est indispensable, pour qu'ils aient envie de rester, que les personnels se sentent exister dans leur milieu de travail : « Toute personne a besoin de se sentir exister, telle est la clé de voûte de la dynamique de la motivation »[42]. Ainsi l'accueil est-il « un enjeu essentiel pour les agents, en terme de bien-être personnel et professionnel, de motivation et d'implication dans les différentes situations de travail »[43].

Le but de l'accueil est de permettre à l'agent arrivant de se situer dans l'institution. C'est un moment singulier dans la vie d'un individu. Il prend un premier emploi, ou en quitte un, avec une phase liminale (d'attente entre deux postes). Il attend, espère et est invité à se mobiliser sur les objectifs de l'établissement.
L'intégration quant à elle permet l'adaptation de l'agent au poste de travail. L'intégration est la face positive de l'exclusion. Etre intégré, c'est se sentir membre à part entière de l'établissement.

Sans cette phase d'accueil et d'intégration, il est naturellement difficile à un nouveau personnel de trouver sa place au sein de l'institution, sa stabilisation y étant dès lors compromise.

[42] ENRÈGLE Y. *Du conflit à la motivation : la gestion sociale*, p. 90.

[43] MARTIN D. *Accueil – Insertion : pour quoi faire ?*, p. 368.

❖ *… et se poursuit par une communication adéquate*

Le travail est traversé en permanence par la nécessité d'échanger : à l'extrême, on pourrait ramener le travail au fait de traiter des informations. Informations sur les objectifs, le contenu, les moyens à mettre en œuvre, les délais, les risques, l'urgence et la gravité, l'autonomie et l'obéissance … Les travaux de Taylor consistaient à limiter au minimum les informations nécessaires au travail : les instructions de départ devaient suffire puisque le travail avait été décomposé en tâches simples. Les effets désastreux produits en termes d'implication et de qualité du travail démontrent bien que la communication occupe une place primordiale comme facteur de performance, tant elle peut modifier la qualité du travail et la manière dont il se déroule.

Trois critères d'analyse de la communication interne à un établissement sont classiquement utilisés[44].

On distingue d'abord **les canaux formels** des **canaux informels de communication**. Le canal formel recouvre toute l'information officielle de l'établissement : note hiérarchique, compte-rendu obligatoire, annonce affichée, journal d'entreprise … Il s'agit donc bien souvent d'information et non de communication. Les canaux informels transmettent au contraire toutes les informations non officielles liées à la vie de groupe de l'organisation. Il s'agit des indications de travail, des informations sur la vie de groupe, des relations affectives entre salariés mais aussi des rumeurs, des croyances et des mythes.

L'analyse porte ensuite sur le **sens de la communication**, vertical ou horizontal.

La communication verticale peut tout d'abord être descendante, quand l'émetteur est un hiérarchique et le récepteur un subordonné. Elle est essentielle à la bonne marche de l'organisation : une mauvaise qualité a des répercussions immédiates sur la réalisation du travail, mais aussi sur le climat social et la satisfaction des salariés. La communication ascendante est chargée de faire remonter les informations de la base au sommet (sondages, enquêtes, groupes d'expression, syndicats …). Elle est difficile à développer dans une organisation marquée fondamentalement par un système hiérarchique classique, or elle nécessaire pour améliorer le fonctionnement même du travail et la motivation des salariés.

La communication horizontale concerne les échanges entre personnes travaillant à niveau égal, dans un même service ou non. Toutes les études tendent à montrer que

[44] AUBERT N., GRUÈRE J. P., JABES J. *Management, aspects humains et organisationnels*, pp. 237-345.

le bon fonctionnement d'une organisation est fortement corrélé à l'existence de ce type de communication. Pourtant, si le cloisonnement aboutit à des pertes d'informations, un manque de coordination et donc d'efficacité, il semble inhérent à la dynamique de groupe et il faut le contrecarrer par le développement de groupes projet inter-services, l'organisation de rencontres informelles ou l'utilisation de la formation.

Enfin on s'attache au **contenu de la communication**, qui se décompose en quatre types de communication.
La communication opératoire est utilisée pour la réussite technique de la tâche (instructions, explications …). Elle peut être source de démotivation quand la définition du poste est floue et entraîne une incapacité à réaliser le travail correctement.
La communication optionnelle n'est pas indispensable à la réalisation technique du travail, mais elle sous-tend la vie affective de l'organisation. Elle joue un rôle déterminant sur l'ambiance et la satisfaction au travail.
La communication générale concerne la marche de l'établissement, sa stratégie, ses forces et ses faiblesses. Longtemps considérée comme l'apanage d'une petite partie des cadres supérieurs, la réflexion sur le management par culture en a fait au contraire une communication centrale dans le projet d'établissement. La transparence autour des ces informations permet en effet aux salariés de se sentir partie prenante de l'ensemble de l'organisation et de son évolution. Etre informé rassure et valorise en même temps.
La communication motivationnelle, qui se réduit souvent à des informations, recouvre tout ce qui concerne le sort des salariés dans l'établissement, à savoir tout ce qui touche à la fonction «personnel » au sens large : paye, administration, droits et devoirs, règlement intérieur, syndicats, mutuelle, évolution de carrière, ouverture de formation… Cette information est très importante car elle annonce les enjeux qui sont proposés par l'établissement en échange du travail. Une réelle démotivation des salariés peut provenir du fait que l'établissement ne sait pas dire ce qu'il offre et en faire une véritable communication.

Cette rapide synthèse démontre ainsi qu'à tous les niveaux d'analyse, la communication interne à un établissement influe sur la satisfaction et la motivation des salariés au travail, dans la mesure où elle a un impact direct sur la qualité de leur travail.

- … sont pourtant peu développés et non formalisés

Si ces éléments théoriques militent en faveur d'un accueil réussi des nouveaux personnels et d'une communication interne efficace, la maison de retraite de Reignier s'en est peu préoccupée ces dernières années, laissant la démarche d'accueil en friche et ne développant pas particulièrement la communication interne.

❖ *Une démarche d'accueil des nouveaux personnels en friche*

En termes d'accueil des nouveaux personnels, toutes les pratiques préétablies ont aujourd'hui disparu avec le départ des cadres de santé.

L'accueil général au niveau de l'établissement se fait désormais par la responsable des ressources humaines lors de l'entretien d'embauche : l'agent se voit expliquer la nature du poste auquel il postule, le fonctionnement administratif de l'établissement et le salaire auquel il peut prétendre. Depuis le début de l'année 2005, lui sont aussi remis un « référentiel » sur les aspects de gestion du temps de travail, ainsi qu'un plan de travail quotidien (le livret d'accueil des personnels incluant un organigramme ayant été abandonné). Puis une journée d'essai est fixée avec le futur service d'affectation.

En l'absence de cadre de santé, ce sont les référents qui prennent le relais de l'accueil au niveau des services de soins, quand ils le peuvent. Pour les aides-soignants et ASH, le nouvel agent fait sa journée d'essai quand le référent de son unité est présent. Si cette journée s'avère concluante, il travaille quelques jours en doublon avec un collègue de son unité. Concernant les infirmiers, aucune journée d'essai n'est prévue, le nouvel agent étant pris en charge par un collègue pour travailler en doublon quelques jours. Si le travail en doublon semble être un levier efficace d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels, sa pratique n'est plus formalisée comme elle l'était auparavant (modalités de désignation de la personne encadrant le nouvel agent, nombre de jours, explications précises à fournir…), et se fait donc de manière différente selon le service et la plus ou moins grande disponibilité des agents de l'unité.

La procédure d'accueil s'arrête là, les traditionnelles journées d'accueil mensuelles, organisées par l'ancien surveillant-chef, ayant elles aussi été abandonnées. Il est dès lors naturel que, dans ces conditions, les nouveaux personnels soient peu enclins à rester dans l'établissement, aucune attention particulière ne leur étant véritablement portée : il leur faut faire leur place dans cette nouvelle structure, sans que cette dernière les y encourage.

❖ *Une communication interne embryonnaire*

La communication interne à l'échelle de l'établissement, quant à elle, ne favorise pas la circulation de l'information nécessaire à un travail de qualité, et donc à une satisfaction liée à l'exercice du travail motivant les personnels.

D'une part, la communication est plus de type descendant qu'ascendant. De gros efforts ont été réalisés depuis deux ans en matière de communication descendante pour permettre une meilleure communication opératoire et générale, avec la création de réunions hebdomadaires de direction, de réunions mensuelles de cadres, de réunions régulières avec les équipes soignantes et enfin de notes de service fréquentes. Pourtant, ces réunions et outils sont considérés par certains personnels comme source de confusion et de perte de temps, car trop nombreux et pas toujours clairs. Et ces efforts en terme de communication descendante ont presque effacé la communication ascendante, qui ne dispose d'aucun support formalisé pour permettre une bonne remontée d'informations (elle se fait de manière informelle, au gré des rencontres et des déplacements) mis à part les syndicats, qui ne jouent d'ailleurs pas leur rôle. Par exemple, aucun sondage ni enquête de satisfaction des personnels n'a encore vu le jour, ni même aucun groupe d'expression.

D'autre part, la communication horizontale à l'échelle de l'établissement, sur des sujets transversaux concernant l'ensemble des services (comme l'équipement, la restauration …) est très peu développée. Cette absence régulière et formalisée empêche une bonne communication générale et nuit, de manière importante, à l'appréhension d'une nécessaire identité commune, d'un esprit d'établissement et, in fine, ne permet pas une vision partagée de la situation, des perspectives et des orientations qu'elle appelle. En conséquence directe, l'établissement et les équipes qui le constituent sont plutôt en position de subir les évolutions, sans les devancer et sans s'organiser en conséquence. De plus, cette situation favorise l'isolement des métiers.

Enfin, la communication de type motivationnelle (évoquée plus haut), mis à part l'instauration du référentiel sur la gestion du temps de travail, est quasi inexistante, aucun canal de diffusion de l'information n'étant prévu à cet effet (Intranet, livrets d'information divers …).

Nous verrons plus loin que les mêmes difficultés de communication se déclinent à l'échelle des services de soins.

L'absence de projet, l'accueil en friche et la communication lacunaire apparaissent ainsi, du fait de leur aspect démotivant, peu propices à la stabilisation des personnels soignants à la maison de retraite de Reignier. La dégradation des conditions de travail semble participer du même processus de démotivation des personnels.

1.2.3. Des conditions de travail dégradées

Si les conditions strictement matérielles de travail évoquées plus haut paraissent être satisfaisantes, les difficultés de stabilisation de son personnel soignant que connaît l'établissement peuvent cependant être imputées pour partie à la dégradation des conditions de travail des soignants dans leur dimension organisationnelle, tant du point de vue de l'organisation du soin que de la gestion du temps de travail.

- La désorganisation du travail soignant

Le statut du soin à la maison de retraite de Reignier est assez flou et souffre d'un défaut de cohérence, voire parfois de cohésion entre les acteurs. L'efficacité du dispositif de soins s'en trouve fatalement limitée, et surtout pèse sur l'organisation quotidienne du travail. Or les résultats de l'étude Presst-Next menée sur la santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe[45] démontrent l'influence de l'organisation du travail sur le souhait de changement d'établissement voire même d'abandon de la profession. Ainsi, chez les infirmiers, l'inquiétude sur la qualité des soins (se traduisant par exemple par des informations inadéquates d'un médecin sur un patient) est liée à une augmentation de 30% de l'envie de changer d'établissement[46]. De même, on constate deux fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les aides-soignants et ASH dont le contenu du travail est stressant.

❖ *Les difficultés d'organisation et de mise en œuvre de la politique de soins …*

Les lacunes de la politique de soins, dont l'une incidence est quotidienne en termes de désorganisation du travail soignant dans l'établissement, sont de trois ordres.

Tout d'abord, on constate une réelle **faiblesse des procédures et des protocoles écrits**, le suivi du résident étant de plus en plus soumis aux initiatives personnelles des agents concernés. La programmation des soins n'est pas clairement déterminée au niveau général de l'établissement. En découlent des difficultés croissantes à bien

[45] voir l'annexe n° 4 décrivant cette étude.

[46] ESTRYN-BEHAR M., LE NÉZET O., DUVILLE N. et al. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, p. 30.

organiser les tâches basiques (toilette du résident, repas, ménage). De fait, les politiques soignantes sont faiblement harmonisées et la perte progressive de référentiels favorise le recours à des politiques davantage fondées sur un tissu d'habitudes ou d'usages et, souvent, sur les multiples situations d'urgence qu'il convient de régler au pied levé, de manière plus ou moins improvisée.
C'est donc dans la perspective d'une amélioration de cette situation que j'ai été chargée au cours de mon stage (du fait de l'absence de cadre soignant) de conduire un groupe de travail composé de six agents (infirmiers, aides-soignants, ASH) dédié à l'organisation du travail soignant. L'objectif fixé à ce groupe était de parvenir à une harmonisation des pratiques organisationnelles en élaborant un « guide de du travail », sous forme de plans indicatifs par type d'horaire. Ce guide a été réalisé sur la base d'une enquête menée par le groupe de travail sur les pratiques actuelles au sein des différentes unités, et des propositions d'amélioration que chacun pouvait formuler.
Mais œ travail n'est qu'un préalable qui doit nécessairement être relayé, lors de l'arrivée du cadre soignant, par une réflexion de fond sur les procédures et protocoles indispensables à un meilleur encadrement de la politique de soins. Pour ce faire, des commissions spécialisées permanentes pourront être mises en place et chargées de travailler sur un certain nombre de thèmes transversaux.

Ensuite, l'organisation et la répartition des unités de soins traduisent l'**émiettement relatif des unités de soins,** adapté à une certaine époque, mais aujourd'hui facteur de déséquilibres. D'une part, les équipes soignantes sont réparties autour d'unités de soins dont le principe permet a priori une bonne gestion de proximité, mais dont le grand nombre disperse les moyens, ne permet pas les échanges de pratiques et fragilise la gestion des plannings. D'autre part, les géographies de travail différenciées entre les infirmiers, les équipes aides-soignants / ASH de jour et les équipes aides-soignants / ASH de nuit donnent le sentiment d'un suivi décousu du travail ne favorisant pas un travail d'équipe cohérent.
C'est pour ces raisons qu'ont été créées en début d'année 2005 des «fédérations d'unités de soins », regroupant chacune deux unités. La mise en place de ces fédérations n'a pas changé la disposition des lieux, mais elle a été l'occasion de redéfinir le champ d'action géographique de chaque corps de métier ainsi que les lieux de transmission, afin de mutualiser les moyens humains, de faire émerger de équipes cohérentes et homogènes et de mieux coordonner le travail soignant. Désormais, la fédération devient la référence géographique unique : les infirmiers, aides-soignants et ASH de jour et de nuit sont affectées à une fédération et doivent pouvoir travailler indifféremment dans l'une ou l'autre unité de la fédération ; de même, les transmissions se font en fédération. Cependant, l'établissement n'a pas

encore tiré tout le bénéfice escompté de la création des fédérations, les réticences étant essentiellement dues à fort sentiment d'appartenance à l'unité, qui implique des difficultés de mobilité au sein de la fédération et d'échange d'informations à cette échelle.

Enfin, le **pilotage des dfférentes unités** est **globalement défaillant** du fait de l'absence d'encadrement paramédical depuis presque quatre ans, date du départ du dernier cadre soignant. Cette absence a entraîné une réduction de l'échange des politiques professionnelles ainsi qu'un isolement et cloisonnement de fait des équipes soignantes : chaque unité était dotée d'un référent aide-soignant qui faisait office de « cadre » mais sans qu'un temps d'échange avec les autres référents soit institutionnalisé. La mise en place des fédérations a donc été l'occasion de créer une équipe de pilotage à la tête de chaque fédération, composée de deux référents aides-soignants (un par unité) et d'un référent infirmier, qui permet désormais une coordination et un développement des échanges au sein de la fédération. Mais cette dynamique doit s'étendre dans l'avenir à l'ensemble de l'établissement, notamment par le biais du futur cadre de santé, point de relais et d'équilibre entre les différentes fédérations.

❖ *… et de la politique médicale*

Aux difficultés de mise en oeuvre de la politique de soins s'ajoutent celles de la politique médicale, qui desservent également l'organisation du travail des soignants. Plusieurs éléments doivent être soulignés à cet égard :

D'une part, l'établissement relève du système de dotation de soins globale : les médecins sont des salariés de l'établissement pour l'activité qu'ils y exercent, tout en conservant leur activité libérale en ville. Pour autant, il n'existe pas véritablement de coordination médicale, l'établissement n'ayant **pas** trouvé de professionnel disposé à assurer les fonctions **de médecin coordonnateur** au sens de la loi du 2 janvier 2002[47] et le statut juridique de l'établissement ne prévoyant pas la création d'une CME. Dans ces circonstances et en l'absence de projet médical qui pourrait être l'occasion d'échanger sur les pratiques, l'organisation du travail des médecins (quasiment un médecin par unité) participe du cloisonnement des pratiques soignantes, chacun instaurant les règles qui lui semblent adéquates.

[47] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

D'autre part, par manque de temps mais aussi pour des raisons culturelles, il est particulièrement difficile de fédérer les énergies et de sensibiliser le corps médical à un projet. L'établissement fait appel à six généralistes pour une couverture médicale théorique de 10 demi-journées, dispositif qui devrait assurer 35 heures de présence médicale hebdomadaire (c'est-à-dire la présence physique d'un médecin chaque matinée et chaque après midi du lundi au vendredi). Or ce n'est notoirement pas le cas, puisqu'au total, seule 9 demi-journées sont couvertes, et rarement à raison de 3h30 par demi-journée (mais plutôt entre une et deux heures). Au regard de l'alourdissement progressif des prises en charge, il est permis de penser cette **couverture médicale est insuffisante**. Cette insuffisance altère notamment les relations entre les équipes soignantes et les médecins : faute de temps, le suivi des résidents se fait souvent de manière lapidaire, l'information délivrée par le médecin et le temps d'échange avec les équipes restant sommaires. Pourtant, étant donné leur rôle essentiel dans un management de proximité, on peut penser qu'une implication plus importante des médecins dans la gestion quotidienne de l'établissement contribuerait à favoriser le dialogue et une meilleure compréhension.

Cette somme de dysfonctionnements en termes d'organisation du travail soignant paraît donc pouvoir expliquer une certaine lassitude des soignants en poste dans l'établissement quant aux conditions d'exercice de leur travail, entraînant de fait une volonté de quitter l'établissement. S'y ajoute les difficultés liées à la gestion du temps de travail.

- <u>La difficile gestion du temps de travail</u>

A partir des résultats tirés l'étude Presst-Next, les auteurs ont dégagé les traits communs des structures pouvant être considérées comme des « magnets hospital » (concept développé par l'American academy of nurses dans les années 1980 qui vise à déterminer les variables importantes dans l'organisation d'un hôpital et de ses services de soins qui créent un « magnétisme » qui attirent et retiennent les infirmières qualifiées). Les deux établissements à forte attractivité se distinguent par de bien meilleurs résultats que la moyenne pour certains facteurs de risque, dont notamment trois facteurs concernant les horaires : la satisfaction des horaires pour le bien-être, la grande influence sur le choix des horaires et du rythme de travail et les horaires de journée type administratif. Et à l'inverse, les quatre établissements à propos desquels les soignants déclarent avoir une forte envie de partir présentent les plus mauvais résultats concernant ces mêmes facteurs horaires. C'est dire l'importance du temps de travail dans l'appréciation que portent les soignants sur leur métier. Et de fait, la maison de retraite de Reignier ne se distingue pas par la grande satisfaction de ses soignants dans ce domaine là : la gestion du temps de

travail y est à la fois stricte et rigide, les absences nombreuses ne faisant qu'accroître le problème.

❖ *Un temps de travail rigidifié*

De relativement souple, la gestion du temps de travail à la maison de retraite de Reignier s'est rigidifiée du fait d'une négociation stricte lors de la mise en place de la législation sur la réduction du temps de travail, mais aussi de l'introduction récente de nouveaux planning.

L'application de la législation sur la **réduction du temps de travail**, progressive au sein de l'établissement, s'en faite en **respectant strictement l'esprit de la loi**, comme le montre le tableau suivant :

	Avant 2002	**Janvier 2002**	**Janvier 2004**
Services soignants de jour (IDE, AS, ASH)	39 h hebdomadaires Modalités : 8 h/j avec récupération de l'heure supplémentaire	36 h hebdomadaires Modalités : 7h15/j avec 6 jours de RTT sur l'année	35 h hebdomadaires Modalités : 7 h/j sans RTT
Services soignants de nuit (AS, ASH)	37h15 hebdomadaires Modalités : 10 h/nuit sans récupération de JF	35 h hebdomadaires Modalités : 10 h/nuit sans RTT avec récupération de JF	32h30 hebdomadaires Modalités : 10 h/nuit avec paiement des heures supplémentaires, sans RTT

En effet, les agents de l'établissement ne bénéficient d'aucun jour de RTT et la compensation du travail supplémentaire effectué la nuit se fait uniquement par le paiement d'heures supplémentaires (dont la somme ne dépasse pas le quota annuel autorisé). Cette situation, inévitable afin de ne pas créer une pénurie soignante artificielle en générant des jours de repos, a apparemment engendré une certaine frustration de la part des agents (notamment les services soignants de jour qui sont passés par une phase à six jours de RTT) qui pensaient bénéficier de jours de RTT, comme auparavant.

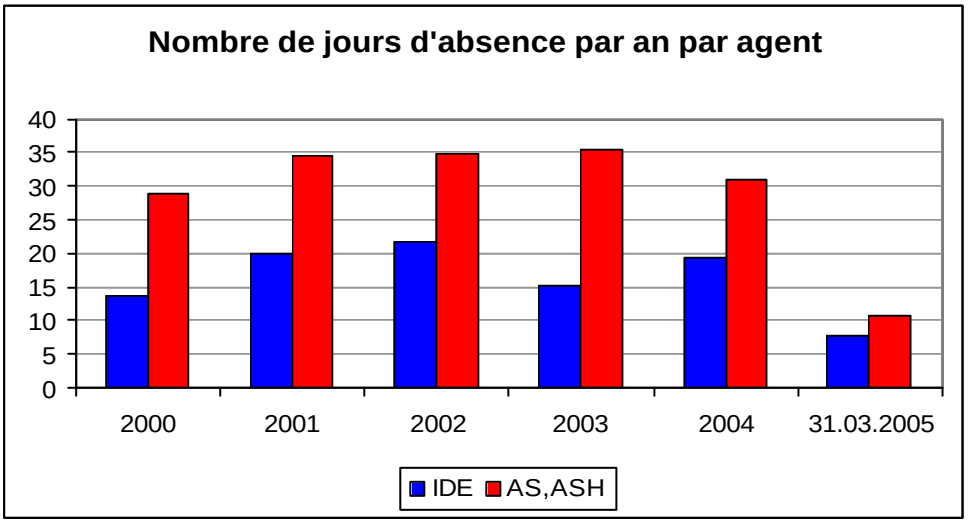
Au-delà de la mise en œuvre stricte de la RTT, c'est la **rigidité des nouveaux plannings** qui est aujourd'hui le principal objet d'insatisfaction des soignants. Les planning du personnel étaient de plus en plus soumis à des aléas divers et leur élaboration (manuelle) n'obéissait plus à des règles précises : absence de responsabilité claire dans la confection même des plannings, gestion à très court terme avec toutes les insatisfactions qui en résultent, interprétations parfois

divergentes dans le domaine de la réglementation des horaires, des repos, des congés divers … sans compter le sentiment d'évaporation excessive du temps de travail réglementaire et une certaine distance prise parfois avec les besoins des résidents.

Ce sont les raisons pour lesquelles ont été mis en place une badgeuse et des plannings informatisés avec des roulements prédéterminés (prévoyant le positionnement des repos et du travail de matin ou d'après-midi). Ils ont effectivement réduit la liberté d'auto-organisation des unités (peu de marges de manœuvre dans la gestion des contraintes individuelles) et ne permettent pas toujours d'adapter correctement les ressources aux besoins (équilibrage des compétences au sein des équipes de matin et d'après-midi). Ils ont cependant l'avantage de rationaliser la gestion du temps de travail, les roulements étant notamment basés sur une mutualisation du personnel au sein des fédérations. Mais cette mutualisation implique une relative mobilité des agents, qui reste, on l'a dit, très théorique, donnant le sentiment aux équipes d'un manque de personnel.

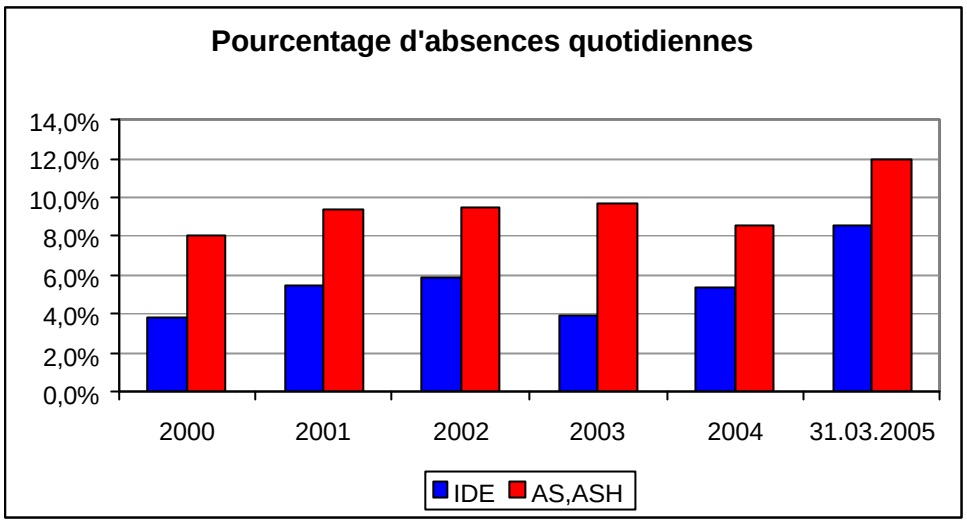
❖ *De nombreuses absences qui détériorent les conditions de travail*

Ce sentiment de manque de personnel est aggravé par le taux d'absentéisme assez élevé qui prévaut dans les services de soins.



En effet, en comparant ces chiffres avec ceux que publie la DHOS[48] pour l'année 2002, nous constatons que le taux d'absentéisme des soignants à la maison de retraite de Reignier est supérieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 23 jours d'absence par an pour les soignants.

[48] HAEUSLER L., BAHEUX A., *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2002, établissements publics de santé*, p 70.



Ces nombreuses absences pèsent de fait sur la charge quotidienne de travail des agents, car si le recours (croissant) à l'intérim vient pallier les longues absences (CLM, CLD et congés maternité) et les moments de gros déficit d'agents, il reste limité pour les absences dites « courtes » (maladies ordinaires), qui représentent tout de même en moyenne 40% des absences sur les dernières années.

La dégradation des conditions de travail à la maison de retraite de Reignier, dans ses aspects à la fois subjectifs et objectifs, n'est donc pas neutre à l'égard de la stabilisation du personnel soignant, ajoutant à la démotivation ambiante déjà engendrée par l'absence de projet et de politique d'accueil.

Le diagnostic ici établi révèle ainsi que la pénurie de personnel soignant à laquelle doit faire face la maison de retraite de Reignier résulte à la fois d'éléments externes sur lesquels elle a peu de prise, mais aussi d'une somme de dysfonctionnements internes qui traduisent un essoufflement des modes de gestion des ressources humaines par usage, habitude ou bonne volonté, donnant le sentiment d'une priorité donnée au quantitatif, au détriment du qualitatif. C'est dans cette perspective là que nous abordons notre seconde partie consacrée à des propositions d'action concrètes.

2. LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'objectif pour la maison de retraite de Reignier est donc, compte tenu des éclairages apportés en première partie sur les difficultés actuellement rencontrées, d'assurer un recrutement soignant correspondant à ses besoins, de fidéliser le personnel en place et d'anticiper les évolutions à l'avenir.

Nous nous attacherons pour ce faire aux marges de manœuvre qu'offre la gestion des ressources humaines, sans nous pencher trop avant sur d'autres éléments de résolution du problème. En effet, l'élaboration d'un projet d'établissement s'avérerait être un élément essentiel de réponse à notre problématique, mais les grandes lignes en ont déjà été tracées par le comité de pilotage relatif à la préparation de la convention tripartite. En revanche, la thématique « amélioration de la fonction ressources humaines » avait bien été identifiée à l'époque comme un volet nécessaire d'évolution de l'établissement au regard de l'autoévaluation, mais il avait été décidé qu'elle serait abordée lors de la réalisation du projet d'établissement par le biais du projet social. Il apparaît donc opportun de profiter de notre réflexion sur la pénurie soignante pour approfondir cette thématique, même si ce mémoire n'a pas débouché concrètement sur la rédaction d'un projet social, qui n'aurait pas de sens déconnecté du projet d'établissement. Cependant les bases projet social sont jetées ici, puisque les propositions qui suivent répondent à des besoins dégagés lors du diagnostic et permettent ainsi l'adéquation du futur projet à la réalité sociale de l'établissement et aux besoins de son personnel. Sur le plan pratique, ces propositions pourront facilement être déclinées en fiches projets à réaliser et améliorer par des groupes de travail en fonction du projet d'établissement, à fins d'appropriation.

Il s'agit ainsi, dans une optique de résolution de la problématique de la pénurie soignante, de restaurer les principaux référentiels indispensables à une gestion saine et stabilisée des ressources humaines, s'inscrivant dans une logique plus anticipatrice et dynamique.
Les axes de développement de la gestion des ressources humaines qui se dégagent à cet effet peuvent être présentés en deux volets.
L'un a trait aux aspects « quantitatifs » de la gestion des ressources humaines, qui doit permettre à l'avenir d'évaluer les besoins en personnel soignant et d'adapter les ressources humaines en conséquence.
L'autre s'intéresse aux aspects plus « qualitatifs » de la politique de ressources humaines, dont l'évolution devrait favoriser le recrutement et surtout la fidélisation des personnels soignants.

2.1. Les aspects « quantitatifs » de la gestion des ressources humaines : adapter les ressources aux besoins

L'évolution de la gestion des ressources humaines dans ses aspects quantitatifs vise une gestion prospective des ressources humaines qui réponde en quantité aux besoins des usagers.

Dans un premier temps, il s'agit de faire avec l'existant, c'est-à-dire d'adapter les ressources disponibles en personnel soignant aux besoins présents.

Mais cela doit déboucher à plus long terme sur une démarche classique dite de GPEC, qui permettra à l'établissement d'anticiper sur les évolutions de carrière et d'emplois pour les adapter aux besoins futurs. La GPEC traduit la dimension prospective des ressources humaines qui découle d'une vision stratégique de l'établissement. Concrètement, elle a pour objet de déterminer les mouvements d'effectifs et de compétences à organiser dans les 3 à 5 ans à venir.

2.1.1. Le suivi des ressources et des besoins : des outils de pilotage au service d'une stratégie claire

Faire face au sentiment de manque permanent de personnel soignant constaté lors du diagnostic nécessite tout d'abord d'objectiver ce constat. Afin de mieux piloter la politique de ressources humaines et d'enrichir le débat sur la pénurie soignante, la première étape consiste donc à faire un état des lieux fiable de l'écart entre les besoins en personnel soignant et les ressources disponibles.

- <u>L'amélioration du suivi des ressources et des besoins</u>

La gestion des ressources humaines à la maison de retraite de Reignier se réduit de plus en plus dangereusement à un fonctionnement au jour le jour, ayant un impact profondément déstabilisant pour l'ensemble de l'établissement car elle ne permet pas de se projeter dans l'avenir. Dans ce contexte, il s'agit de mettre en place un véritable suivi des ressources en personnel, en rapport avec les besoins exprimés.

❖ *Un suivi actuel sommaire …*

Le suivi actuel de l'adéquation entre ressources et besoins en personnel se caractérise par son aspect sommaire.

La responsable des ressources humaines élabore un tableau des emplois (théoriques et réels) ainsi qu'un bilan annuel des mouvements de personnel, pour information au premier conseil d'administration de l'année. Mais ces documents officiels ne sont pas de véritables documents de travail utilisés pour la gestion des ressources humaines. Ils sont peu détaillés (très peu d'indicateurs, notamment sur la gestion des âges et

sur l'évolution de la charge de travail), et ces indicateurs, tournés vers le passé, ne permettent pas de projection à court ou moyen terme.

De fait, les remplacements d'agents se font un pour un, souvent au pied levé lors de l'annonce du départ de l'agent. Ainsi, la répartition des emplois théoriques entre les différentes unités de soins, relativement ancienne, sédimente des inégalités relatives entre les unités de soins, sans que la répartition de la lourdeur des prises en charge puisse réellement fournir une explication objective.

Il en résulte une absence de vision synthétique qui permettrait une projection des besoins à moyen terme. Cette absence se traduit même par une tendance inflationniste dans le recrutement, qui est un moyen de répondre à l'impression perpétuelle de manque de personnel qu'ont les soignants.

❖ *… à transformer en un véritable contrôle de gestion*

« La plupart des établissements ne disposent pas aujourd'hui des éléments d'information nécessaires […] pour allouer de façon pertinente les ressources en interne »[49]. En effet, la carence d'information et de suivi dans le domaine des ressources humaines constatée à la maison de retraite de Reignier est une situation largement partagée par d'autres établissements sanitaires et sociaux, faute d'outils d'information adaptés. Un tableau des emplois, même informatisé et construit à partir d'un suivi quotidien des mouvements, ne peut fournir que des données restreintes et figées, sous forme de photographies, à un instant T, des effectifs théoriquement affectés dans les services. Les autres applications locales, notamment celles utilisées pour la gestion des dossiers du personnel, restent la plupart du temps difficilement exploitables dans la mesure où elles n'ont pas été créées dans le but d'extraire des données de type contrôle de gestion. Il faut donc introduire une méthodologie conduisant au recensement, à la mise en forme et à l'exploitation de données pertinentes. Mais cette démarche n'a de sens que si les outils d'information ainsi produits deviennent de véritables outils de pilotage ayant un impact sur l'élaboration des projets de l'établissement, au même titre que la pression budgétaire ou les besoins en terme d'offre de soins (voir schéma n°1).

[49] ANHOURY P., COINTEMENT S., *Le contrôle de gestion, d'une logique budgétaire à la gestion des performances*, p. 403.

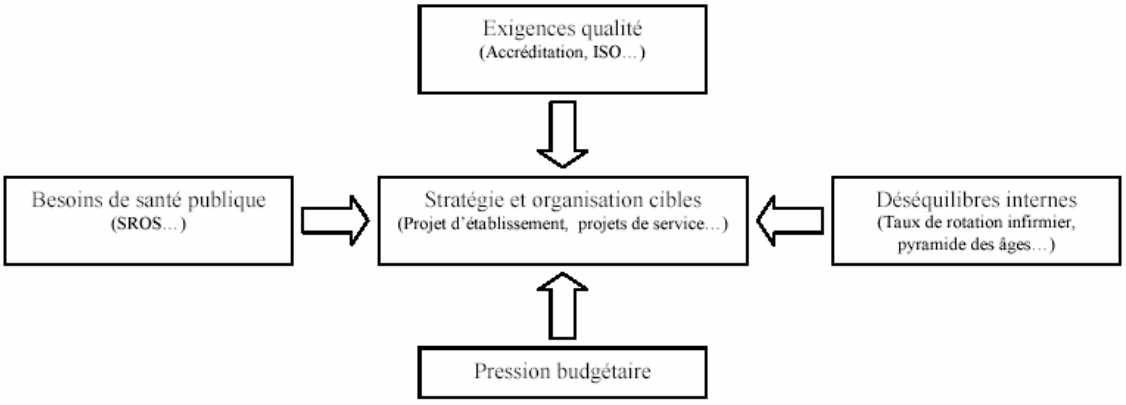


Schéma n°1.

Cette démarche s'inscrit dans une politique de développement du contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Défini comme « l'ensemble des procédures de suivi, de mesure et d'évaluation (permanente ou ponctuelle), ainsi que d'analyse comparée et concertée des activités, des résultats et des coûts en termes quantitatifs et qualitatifs »[50], le contrôle de gestion est fondé sur le développement d'outils tels que les tableaux de bord. Bien renseignés, les tableaux de bord sociaux peuvent devenir des outils d'analyse et d'aide à la décision précieux dans différents domaines de gestion des ressources humaines, de manière ponctuelle ou systématique.

D'une part, les tableaux de bord sociaux peuvent jouer un rôle déterminant dans les choix de la politique de ressources humaines. Pour ce qui nous concerne, dans le cadre du développement de la GPEC, la connaissance d'informations telles que l'âge moyen des agents, le taux de turn-over, le nombre de formations, l'absentéisme peuvent se trouver à l'origine de décisions stratégiques importantes répercutées dans le projet social, la politique de recrutement ou le plan de formation.

D'autre part, les tableaux de bord sociaux doivent permettre d'asseoir les décisions non plus sur des ressentis mais sur des données objectives et favoriser par conséquent, leur légitimité et leur acceptation. Il en est ainsi de l'adéquation entre l'activité et la dotation en personnel d'un service. Les informations relatives à l'activité et les ratios qu'il est possible de tirer entre indicateurs d'activité et indicateurs de moyens alloués doivent permettre des comparaisons et des réajustements progressifs entre les unités de soins.

[50] GOTTSMANN J., PONTONNIER M.A., *Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service*, p. 780.

A ces tableaux de bord peut s'ajouter, afin de compléter l'information nécessaire à la prise de décision, un outil classique d'information : le bilan social. Bilan annuel constitué d'informations précises et variées sur les ressources humaines, le bilan social permet d'avoir une vision synthétique de la gestion des ressources humaines de l'établissement que n'offrent pas les tableaux de bord. Si l'effectif de la structure n'impose pas à l'établissement de faire un bilan social (moins de 300 agents), l'insuffisance des données actuellement disponibles dans les PV des instances milite en sa faveur.

- Des outils de pilotage au service d'une stratégie partagée

❖ *L'élaboration d'un bilan social et la définition de tableaux de bord*

S'agissant du **bilan social**, il faudrait ajouter aux données déjà présentées annuellement au CA et au CTE (tableau des emplois, mouvements de personnel, absentéisme) quelques indicateurs bien ciblés, dont par exemple ceux qui nous auraient été utiles pour l'élaboration de ce mémoire :

- Une pyramide des âges, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- L'âge moyen du personnel, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- L'âge moyen des départs en retraite, pour l'établissement et par catégorie d'agents (permettant de préparer les départs à la retraite au regard de la pyramide des âges).
- Le taux de départs en retraite avec bonification en raison de plusieurs maternités.
- Le taux de turn-over, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- La part de nouveaux agents dans le personnel, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- Le montant mensuel consacré à l'intérim et son total cumulé (en rapport avec les prévisions de la ligne budgétaire) pour l'établissement et par catégorie d'agents. De même pour le nombre d'heures d'intérim.
- Le taux de déqualification des embauches (nombre d'ASH sur des postes d'AS).
- Le nombre d'agents formés sur l'année, pour l'établissement et par catégorie d'agents. De même pour le nombre de journées de formation.

Concernant les **tableaux de bord,** il s'agit d'élaborer et de produire de manière périodique des tableaux comportant, pour l'établissement et par unité de soins, des données d'évolution et des mesures d'écarts par rapport à des données comparatives recueillies de façon homogène. L'élaboration des tableaux de bord doit

s'organiser autour de la fiabilité de l'information et de la régularité de l'information produite.

Dans le cas présent, l'idée directrice est d'obtenir régulièrement une synthèse des principaux indicateurs pertinents en matière de ressources humaines, permettant de mettre en regard les éléments relatifs à l'activité d'une part et le niveau général de « forces de travail » dont l'établissement / l'unité de soins a disposé d'autre part.

Proposition d'indicateurs de l'activité :

- Le nombre de lits de l'établissement / de l'unité de soins.
- Le GMP de l'établissement / de l'unité de soins.

Le taux d'occupation ne semble pas devoir être retenu au titre des indicateurs de l'activité dans le sans où, à la différence de l'hôpital, le taux d'activité d'une maison de retraite fluctue peu (à la maison de retraite de Reignier, il est proche de 100 % de manière constante).

Proposition d'indicateurs des forces de travail :

- Le nombre d'ETP (effectif réel) de l'établissement / de l'unité de soins.
  Le tableau des emplois présentant l'information à l'un instant T, il ne rend pas compte du véritable volume d'emplois dont l'unité de soins a bénéficié sur la période. C'est pourquoi il est nécessaire de recourir à un décompte en mensualités, qui seul permet d'avoir une approche cumulative, intégrant les départs, les arrivées et les variations de quotité de temps de travail des agents sur la période.
- Le nombre de journées travaillées dont a bénéficié l'établissement / l'unité de soins.
  L'analyse porte alors sur la présence effective au travail et non plus sur la seule évaluation de type budgétaire donnée par le décompte des mensualités.

Ces éléments peuvent être déclinés en fonction des catégories d'agents : infirmiers, aides-soignants, ASH.

L'intérêt des tableaux de bords sociaux est ensuite de mettre en regard, d'une part les différentes aides ponctuelles qui ont été attribuées à l'unité sur la période (jeunes d'été, intérim …), d'autre part les différentes absences non planifiées (c'est-à-dire hors congés et repos normaux : arrêts maladies, accidents du travail, congé maternité et adoption). L'unité de mesure la plus pertinente semble être la journée travaillée ou non travaillée.

Enfin, à partir de toutes ces données factuelles, les tableaux de bord sociaux peuvent présenter une batterie d'indicateurs clé d'ordre plus qualitatif, tels que : le nombre d'ETP par lit, le taux d'absentéisme, l'âge moyen des agents, le nombre moyen de journées en formation, le taux de turn-over.

Rappelons tout de même que les indicateurs retenus ici sont pertinents dans une optique de résolution de la problématique de la pénurie soignante et devront naturellement évoluer en fonction des priorités de la politique de gestion des ressources humaines. En effet, les systèmes de gestion ont un rôle purement instrumental par rapport à un impératif : apprendre à mieux maîtriser l'action collective. Ils n'ont donc pas de raison de survivre aux changements de stratégie : ils sont relatifs et temporaires ; ils ne photographient pas la réalité, mais soutiennent l'action.

❖ *Une démarche participative d'utilisation de ces outils*

On le voit, les éléments contenus dans les tableaux de bord sociaux sont particulièrement sensibles. Aussi, l'acceptation de ce nouvel outil est-elle subordonnée à un effort de communication en interne.

Tout d'abord, le travail préparatoire à l'élaboration des tableaux de bord (définition des indicateurs pertinents) doit pour ce faire être soumis à des personnes ressources (notamment le cadre de santé), en lui demandant si les indicateurs lui paraissent pertinents, s'il faut en envisager d'autres…

Ensuite, ce projet d'introduction de tableaux de bord doit faire l'objet d'un important effort pédagogique auprès des référents des fédérations, afin de leur expliquer l'objet des tableaux de bord sociaux, leurs modes d'analyse et leur utilisation. Il est important de mettre en avant l'utilité que recouvrent ces outils, c'est-à-dire l'utilisation d' « un langage commun, à partir d'outils partagés autour desquels peut s'organiser une communication non cloisonnée[51] » et une approche objective de sujets plus ou moins délicats.

De fait, les termes « poste budgétaire, poste de travail, emploi, agent, effectif théorique, cible, rémunéré, disponible, absentéisme, ETP » doivent être clairs pour

[51] LETEURTRE H., *Les tableaux de bord sociaux*, p. 420.

tous. Ainsi, une définition des termes qui portent à confusion pourra être placée en préalable aux tableaux de bord.

De même, la confrontation avec les chiffres devant permettre de limiter les discours sur la pénurie qui relèvent plus du « ressenti » que de la réalité, l'introduction des tableaux de bord doit être l'occasion d'un accord définitif entre la direction et les soignants sur les effectifs cibles des fédérations (définition de seuils d'effectifs minimum et maximum) et les conditions de recours à des personnels de remplacement.

Cette démarche transparente devrait contribuer à limiter les incompréhensions et les malentendus et à atténuer les craintes que la mise en place d'un contrôle de gestion ne manque pas de générer.

Enfin, un soin particulier doit être accordé à ces questions de méthodologie et de démarche, dans la mesure où l'objectif du contrôle de gestion est de favoriser le partage des informations utiles à la décision. Ainsi, lors de la distribution périodique des tableaux de bord, une réunion pourrait être organisée afin d'analyser les évolutions en cours et proposer des solutions. Ces réunions doivent se faire avec le cadre de santé et les référents des services, qui, du fait de leur proximité avec le terrain, peuvent donner des explications à des évolutions tendancielles (départs …). Les chiffres sur l'évolution des effectifs dans les services doivent être partagés afin de responsabiliser l'ensemble des équipes en cas de véritable pénurie dans certains services. « Il s'agit de ne pas tomber dans les excès d'une approche trop technicienne, en conservant à l'esprit que les outils de pilotage ne portent pas leur fin à eux-mêmes, mais ne valent que par la dynamique d'apprentissage collectif qu'ils déclenchent et alimentent »[52].

Une fois la mesure des ressources et des besoins effectuée, il faut les mettre en cohérence. Avant de s'attacher aux aspects plutôt « qualitatifs » de la question (amélioration de l'accueil, du recrutement, promotion de la formation …) qui seront traités dans la prochaine partie, deux pistes d'ordre « quantitatif » méritent d'être abordées. A personnel soignant constant, elles devraient permettre d'adapter les ressources aux besoins et ainsi améliorer les conditions de travail.

[52] GOTTSMANN J., PONTONNIER M.A., *Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service*, p. 784.

2.1.2. L'adéquation des ressources et des besoins en vue de l'amélioration des conditions de travail

L'amélioration des conditions de travail à la maison de retraite de Reignier se fera essentiellement, on l'a compris, par le biais de mesures organisationnelles. Certaines, qui concernent la politique de soins (et ne seront donc pas traitées ici), ont déjà été engagées et ne peuvent être approfondies en l'absence d'encadrement paramédical. Les autres relèvent véritablement de la politique des ressources humaines : il s'agit de remédier aux difficultés actuelles de la gestion des effectifs soignants, en prévenant l'absentéisme et en introduisant des éléments de souplesse dans cette gestion.

- La prévention de l'absentéisme

Le fort taux d'absentéisme que connaît la maison de retraite de Reignier pourrait être utilement réduit afin d'augmenter les effectifs soignants effectivement à l'œuvre et améliorer ainsi les conditions de travail.

Certes, les facteurs explicatifs du taux d'absentéisme d'un établissement sont variés, et trouvent d'ailleurs souvent leur source dans les conditions de travail que nous cherchons précisément à améliorer en réduisant l'absentéisme. Mais nous nous intéresserons ici plutôt à l'utilisation que pourrait faire la responsable des ressources humaines du relevé régulier du taux d'absentéisme prévu au sein des tableaux de bord évoqués ci-dessus. La mise en place de ces tableaux de bord gagnerait ainsi être suivie de deux types d'effets.

D'une part, des objectifs ciblés pourraient être fixés en matière d'absentéisme aux équipes de pilotage des fédérations et couplés avec des « entretiens d'absentéisme » réunissant la responsable des ressources humaines et les équipes de pilotage, visant à comprendre de manière précise les fluctuations du taux d'absentéisme et à décider de concert des mesures à prendre pour les juguler.

D'autre part, des sanctions plus lourdes pourraient être mises en place dans le cadre de la rémunération des personnels, en revoyant par exemple le poids du facteur « absence » dans la répartition de la prime de service.

- L'assouplissement de la gestion du travail soignant

L'assouplissement de la gestion des effectifs soignants est également une réponse à envisager pour atténuer les insatisfactions liées à sa rigidité actuelle. Cette mesure doit avoir une double visée : à la fois satisfaire l'établissement (en développant les moyens d'atteindre les objectifs cibles fixés dans les tableaux de bord) mais aussi satisfaire les soignants (afin qu'ils adoptent les nouvelles mesures d'assouplissement).

❖ *Une sollicitation accrue de la flexibilité des soignants …*

L'assouplissement de la gestion des effectifs soignants, dans une optique d'amélioration de l'adéquation entre ressources en personnel soignant et besoins des services, pourrait se faire à la maison de retraite de Reignier selon deux variantes.

La première consisterait à mettre en place une **politique de mobilité** rendant automatiques les échanges de personnel entre fédérations de soins, et non plus seulement au sein des fédérations. Cette solution permettrait une meilleure affectation des personnels soignants au sein de l'établissement ainsi qu'un réel décloisonnement des services, sans remettre en cause la gestion actuelle des plannings par roulements prédéterminés. Il s'agirait donc plus d'une « flexibilité géographique » que d'une « flexibilité horaire », la planification des horaires des agents restant inchangée. Il suffirait qu'un point soit fait chaque matin entre les équipes de pilotage des fédérations sur la composition des équipes soignantes de l'ensemble de l'établissement, à fin de rééquilibrage, si nécessaire, entre les équipes sur et sous dotées pour la journée.

La mise en œuvre de cette piste d'amélioration paraît relativement aisée, d'autant plus que l'activité soignante à la maison de retraite de Reignier est uniforme (les cinq fédérations produisant la même activité). On peut même souligner que l'activité est organisée selon le principe de la succession de tâches, le travail apparaissant, à l'instar du taylorisme, comme parcellisé et centré sur la tâche à accomplir. Cette dimension, malgré ses aspects négatifs, renforce l'idée du caractère évident de la mobilité soignante au sein de l'établissement. La réussite d'une telle politique reste cependant subordonnée à sa compréhension et son acceptation par les équipes de pilotage, leviers de sa mise en œuvre.

Cette politique de mobilité pourrait être complétée, dans les cas où elle ne suffit pas à affecter correctement les ressources aux besoins, par une certaine flexibilité horaire en ayant recours au plafond des heures supplémentaires (en fonction des difficultés de recrutement) et en acceptant quelques entorses au respect des roulements prédéterminés afin de mieux équilibrer les compétences au sein des équipes de matin et d'après-midi.

La seconde variante serait d'envisager un **pool de remplacement** d'aides-soignants et infirmiers, disponible sur demande, reposant sur une flexibilité à la fois horaire et géographique, concentrée sur un nombre de personnels plus restreint. Ce personnel, circulant d'un service à l'autre en fonction des besoins, renforcerait sa connaissance

du fonctionnement de l'établissement, ce qui rassurerait les équipes de pilotage qui éprouvent un certain confort à travailler avec des personnels connus plutôt qu'avec de l'intérim. Les membres de ce pool ne travailleraient pas sur un roulement horaire prédéterminé pour l'année, mais un planning fixe connu à l'avance leur serait proposé, ce qui leur permettrait d'avoir une visibilité à moyen terme et ainsi de mieux gérer leurs contraintes personnelles. De plus, la disponibilité de ce pool permettrait une grande réactivité pour répondre aux demandes de renfort, mais aussi pour assurer ponctuellement les remplacements des personnels pour qui on dégage du temps pour une formation ou une information.

Cette solution est évidemment plus coûteuse que la précédente, puisqu'elle nécessite d'embaucher les agents composant le pool. Mais sa réalisation sur le plan budgétaire n'est pas impensable, puisqu'elle viendrait en compensation de la réduction des dépenses d'intérim.

❖ *… à mettre en œuvre de manière prudente*

Accroître la flexibilité du management du personnel soignant devrait donc permettre de mieux faire correspondre les ressources et les besoins des équipes de soins. En revanche, la prudence s'impose car le management par la flexibilité, quand il est peu préparé, provoque auprès des personnels soignants des réticences et des incompréhensions, et peut même aboutir à un appauvrissement de l'intérêt du travail.

D'une part, il est fort probable que la mise en oeuvre de ces éléments de flexibilité géographique et horaire ne soit pas bien acceptée par le personnel soignant, car si elle permet de mieux répondre aux besoins des services, elle ne modifiera pas le système de roulements prédéterminés et ne facilitera donc pas plus la gestion des contraintes individuelles. Il est certes compréhensible qu'en comparaison avec la grande liberté d'auto-organisation dont disposaient les unités précédemment, ce système de roulements prédéterminés apparaisse bien rigide. Mais il est exclu de revenir en arrière sur ce plan là, ce système ayant démontré que conjugué à une politique de mobilité efficace, il améliore grandement la gestion des effectifs dans le sens d'une plus grande simplicité.

Dans ce contexte, il est essentiel de bien introduire les nouveaux **éléments de flexibilité** dans la gestion du travail soignant (notamment la mobilité) afin qu'ils soient **compris et adoptés par les personnels**. Concrètement, ces assouplissements doivent être mis en œuvre pas à pas, les nouveaux professionnels recrutés étant formés à la mobilité et les agents en poste sollicités sur la base du volontariat pour adhérer à la nouvelle culture d'entreprise (où le professionnel n'appartient plus à une

unité mais à un établissement de soins au service de l'usager). D'ailleurs, pour amener les agents en poste à saisir l'utilité de ces mesures et réduire le sentiment d'appartenance à une unité, des journées de stage interservices permettant la rencontre avec les collègues des services voisins pourraient leur être proposées.

D'autre part, la flexibilisation du management du personnel soignant ne doit pas renforcer le caractère déjà trop taylorien de l'organisation du travail : assimiler le personnel à des « pions » déplaçables en fonction des besoins altère par exemple le suivi des résidents par le personnel et agrandit ainsi le risque d'un travail répétitif, routinier. Et pour des professionnels diplômés de l'enseignement supérieur comme les infirmiers, exercer son travail dans des circonstances qui laissent peu de place à l'autonomie professionnelle peut alimenter un profond malaise.

Pour l'éviter, il serait opportun de **sortir du centrisme soignant** qui prévaut à la maison de retraite de Reignier. En effet, l'organisation des unités de soins et la prise en charge des résidents relève aujourd'hui uniquement du personnel soignant ou de sa hiérarchie. Or dans les faits, elle concerne tous les partenaires professionnels qui y concourent. Les unités de soins nécessitent donc une ouverture à d'autres professions (préparateurs en pharmacie, animateurs, kinésithérapeutes …), à l'instar de ce qui est pratiqué dans certains établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (notamment en Suisse) où ces professionnels sont présents par exemple lors des transmissions, en complétant utilement les informations journalières concernant les résidents et en donnant parfois leur avis. Ainsi, une plus grande participation de ces personnels dans la vie des unités de soins de la maison de retraite de Reignier empêcherait les soignants de se concentrer sur leurs tâches propres, sans les situer dans un contexte plus global. Ce faisant, le caractère taylorien de l'organisation du travail s'amenuiserait.

L'évolution de la gestion des ressources humaines dans le sens d'une meilleure gestion prospective de ses aspects quantitatifs devrait permettre d'atténuer les tensions liées au sentiment de manque de personnel et ainsi d'assurer le socle d'une plus grande stabilité du personnel. Ce premier pas doit cependant être complété par des mesures d'ordre plus qualitatif.

2.2. Les aspects « qualitatifs » de la gestion des ressources humaines : attirer et fidéliser le personnel soignant

C'est par le biais d'une amélioration des aspects qualitatifs de sa politique de ressources humaines que la maison de retraite de Reignier peut espérer attirer et fidéliser le personnel soignant qualifié dont elle a besoin. Trois axes d'évolution possible de la politique des ressources humaines (à la fois réalistes et efficaces) se dégagent du diagnostic établi : amélioration de la qualité de l'accueil et de la communication, gestion individualisée des personnels et de leur carrière et politique de formation attractive, en cohérence avec les besoins.

2.2.1. Un accueil et une communication de qualité

La promotion d'un accueil et d'une communication de qualité au sein de la maison de retraite de Reignier passera tout d'abord par la mise en place d'un dispositif d'accueil des nouveaux arrivants et par l'amélioration de la circulation de l'information au sein de l'établissement.

- Mettre en place un dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels et des stagiaires

Face aux carences actuelles constatées en matière d'accueil et au regard du fort taux de renouvellement de son personnel, il appartient à l'établissement de mettre en place une politique volontariste en la matière afin d'amorcer la fidélisation de son personnel, tant nouveau qu'en stage.

❖ *Une politique d'accueil rénovée et formalisée pour les nouveaux personnels …*

Plusieurs pistes (préconisées par la DHOS[53] et déjà mise en œuvre dans de nombreux établissements sanitaires et sociaux) se présentent pour favoriser l'accueil des nouveaux personnels.

➢ Introduire un **entretien d'accueil** du nouvel agent avec le cadre de santé.
Cet entretien, initiant l'accueil du nouvel agent le jour de son arrivée, donnerait l'occasion au cadre de santé de lui présenter le parcours d'accueil, de lui remettre les documents à cet effet (livret d'accueil, « référentiel », plans de travail, règlement de fonctionnement), de les assortir de quelques explications (notamment à propos du règlement de

[53] DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Elaboration, négociation et suivi du projet social : guide méthodologique*, p. 16.

fonctionnement), d'annoncer la journée d'accueil et d'accompagner la personne dans son service.

- Elaborer un **livret d'accueil** des personnels.

  Plus large que le « référentiel » actuel qui couvre uniquement les aspects de gestion du temps de travail, ce livret d'accueil aurait pour objectifs de :

  - servir de guide de référence pour les connaissances de base (histoire de l'établissement, fonctionnement, missions, statut de la fonction publique hospitalière, droits, devoirs, obligations) ;
  - permettre de mieux situer les lieux par l'insertion d'un plan de l'établissement ;
  - rappeler la place du résident, ses droits et les différents modes de prise en charge ;
  - expliquer les abréviations du monde hospitalier et celles propres à l'établissement ;
  - donner des informations pratiques sur le fonctionnement de l'établissement et indiquer où s'adresser pour obtenir plus d'informations.

  En outre, une fiche mobile présentant l'organigramme de l'établissement pourrait y être insérée.

  Cependant, les limites d'un support papier sont réelles. De fait, tout plan des plus clairs et des plus détaillés ne remplacera pas une visite sur site. L'organisation d'une journée d'accueil s'inscrit donc dans la continuité de la démarche initiée par le livret d'accueil.

- Mettre en place des **journées d'accueil** régulières.

  Cette journée, qui regrouperait tous les nouveaux embauchés d'une période aurait plusieurs objectifs :

  - permettre la reconnaissance des différents personnels par l'institution ;
  - favoriser le décloisonnement entre les différentes filières de métiers au sein de l'établissement, pour mettre en avant le fait que chacun travaille directement ou indirectement pour la qualité de la prise en charge des résidents ;
  - être un lieu d'échange entre les différents professionnels, notamment au cours d'un déjeuner partagé entre les personnels participant à cette journée ;

- être une journée d'information générale sur l'établissement, son histoire, ses missions, ses orientations stratégiques, son fonctionnement. Ces informations ont pour but de replacer l'établissement dans son environnement et de développer un sentiment d'appartenance à l'établissement et de transmettre la culture de l'établissement ;
- rappeler les droits, mais également les devoirs et obligations, et plus particulièrement le devoir de réserve, le secret professionnel et le devoir de discrétion ;
- faire connaître par l'intermédiaire des différentes interventions les personnalités de l'établissement (directeur, responsable des ressources humaines, responsable des services économiques, responsable des services techniques, responsable de la cuisine, de la laverie …) ;
- permettre une découverte de l'établissement la plus complète, en visitant tant les services de soins que les services administratifs, logistiques et techniques.

A la fin de la journée, chaque agent est invité à évaluer son accueil et son intégration via un questionnaire.

Il est important que les nouveaux personnels participent à cette journée dans les deux ou trois mois qui suivent leur entrée dans l'établissement, car au-delà, il est déjà trop tard. Dans la mesure où leur coût est peu important (repas), ces journées pourraient donc être organisées tous les deux - trois mois.

- Etablir un **accueil personnalisé au sein de la fédération**.

  En général, les nouveaux personnels sont bien accueillis, car personne n'est réticent à l'idée d'avoir de l'aide supplémentaire. Néanmoins, il est essentiel de définir une procédure d'intégration plus spécifique au niveau des fédérations, pour limiter les incertitudes liées aux nouvelles conditions de travail et afin de conserver entière la motivation de départ.

  Pour ce faire, une fiche d'accueil minimum retraçant les étapes de l'accueil d'un nouveau personnel (telle une check-list permettant de vérifier que le parcours d'accueil a bien été réalisé) pourra être élaborée. On peut d'ores et déjà suggérer qu'elle prévoit que le référent de l'unité donne, lors de la première journée de l'agent, les informations pratiques sur la vie du service, présente le nouvel agent aux membres de l'équipe (informés de son arrivée quelques jours avant), fasse visiter le service et commente la

définition du poste ; puis, dans un second temps, qu'il présente à l'agent son tuteur pour les semaines à venir et son rôle. En effet, un tutorat individuel, sorte d'accompagnement dans la prise de fonction, est essentiel pour encadrer les premiers mois, baisser le niveau de stress, permettre un meilleur transfert de compétences et éviter les départs précoces. Chaque agent ayant une expérience dans la structure et dans le poste est un tuteur potentiel.

Cette fiche peut ensuite être exploitée pour faire le bilan de l'accueil et être un point de départ pour un entretien d'évaluation.

❖ *… et les personnels soignant en stage dans l'établissement*

Une plus grande qualité de l'encadrement des stagiaires quant à elle peut constituer une réponse aux difficultés de recrutement que connaît l'établissement. Dans cette optique, trois types d'amélioration sont souhaitables :

- **Formaliser l'accueil** des stagiaires en établissant une fiche à cet effet, à l'instar de celle concernant l'accueil des nouveaux personnels, détaillant l'ensemble des choses à faire, dont par exemple la participation à la journée d'accueil de l'établissement, de concert avec les nouveaux personnels.

- **Définir les modalités d'encadrement du stage** : le choix du tuteur dans le service accueillant pourrait se faire sur la base du volontariat, afin d'éviter que les référents des services ne soient systématiquement mis à contribution et assument toutes les responsabilités ; de plus, les exigences attendues du stage pourraient être reformulées en début de stage pour qu'elles restent bien présentes à l'esprit de chacun.

- **Enrichir le dialogue** lors des évaluations qui échelonnent le stage, en introduisant par exemple un bilan points forts / points faibles qui concernerait à la fois le stagiaire, mais aussi le tuteur et les conditions d'accueil en général.

- <u>Promouvoir l'information et la communication</u>

❖ *Une politique de communication interne favorisant la circulation de l'information*

La transmission parcellaire de l'information apparaît, on l'a vu, comme étant un facteur de démotivation des personnels soignants, ne les encourageant pas à rester

dans l'institution. La maison de retraite de Reignier ne pourra donc faire l'économie d'une amélioration de sa politique de communication interne.
La mise en place d'Intranet pourrait être un canal de communication convivial, mais nécessiterait une adaptation des pratiques professionnelles peut-être longue et un investissement conséquent (équipement informatique dans tous les services, installation de l'Intranet, formation des agents à l'outil informatique). Il est donc plus réaliste que la maison de retraite de Reignier envisage à court terme de :

- Développer les **plaquettes d'information**, à l'instar du livret d'accueil évoqué ci-dessus, pour améliorer la communication motivationnelle au sein de l'établissement. Un livret de formation pourrait par exemple présenter les différents types de formation auxquels ont accès les personnels et le plan de formation de l'année.

- Promouvoir la communication horizontale en créant des **groupes de travail transversaux** (commission restauration, équipement …) favorisant le décloisonnement des services.

- Introduire des supports formalisés de communication verticale ascendante, tels que des **enquêtes** régulières **de satisfaction des personnels** ainsi que des **groupes d'expression** au sein des services.

❖ *Une politique de communication externe valorisant la maison de retraite et ses professionnels*

Afin de transformer progressivement son image peu flatteuse et d'accroître son attractivité envers les personnels soignants, quelques actions de communication externe seraient opportunes pour l'établissement. Si la création d'un site Internet (en complément de l'installation d'un Intranet) s'avère être un outil courant et efficace de communication externe pour de nombreux établissements, elle n'est pas envisagée pour le moment. En revanche, l'établissement pourrait facilement :

- Renforcer les **liens avec l'Education Nationale** via l'organisation d'un forum des métiers soignants avec les collèges et lycées avoisinants, mettant à disposition des brochures et des fiches métiers et proposant des entretiens avec des professionnels ainsi qu'une visite de l'établissement. Ce type de manifestation est préconisé par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées dans le cadre d'une semaine annuelle de campagne sur les métiers du grand âge (du 9 au 16 mai). L'objectif est de promouvoir les

métiers du grand âge en informant et sensibilisant les jeunes sur ce sujet. L'idée a déjà été abordée à la maison de retraite de Reignier cette année, mais ne s'est pas concrétisée faute de temps.

- Améliorer la **coopération avec l'institut de formation** le plus proche. La DRASS Rhône-Alpes envisage, dans son schéma infirmier, la généralisation de la pratique des fiches d'identité des unités de soins recevant des stagiaires. L'établissement pourrait utilement s'inscrire dans cette démarche en signalant chaque année à l'école le nombre de places de stage disponibles et en élaborant à l'attention des élèves de l'école une fiche d'identité de ses services de soins ainsi qu'une brochure sur l'établissement présentant ses projets.

  De même, les relations entre les (futurs) cadres de santé de la maison de retraite et la responsable des formations de l'IFSI pourraient être formalisées, notamment pour formuler chaque année les exigences attendues du lieu de stage et établir un bilan de l'année écoulée concernant la prise en charge des stagiaires.

Si ces mesures collectives doivent concourir au renforcement de l'attractivité de l'établissement et à la fidélisation des soignants, la gestion des ressources humaines ne se réduit pas à cette dimension collective et exige une approche personnalisée, complémentaire.

2.2.2. Une gestion individualisée des personnels et de leur carrière

La dimension individuelle de la GPEC vise à mieux prendre en compte les aspirations individuelles et les aptitudes personnelles des agents pour leur permettre de se positionner dans un projet professionnel réaliste. Cette approche, qui doit permettre de suivre l'évolution professionnelle de chaque soignant de son recrutement jusqu'à sa retraite, tend naturellement à fidéliser le personnel qui se sent soutenu et encadré.

- <u>Un recrutement plus adéquat</u>

  ❖ *Une approche plus offensive dès le pré-recrutement*

  L'établissement pourrait adopter un comportement plus attractif dès le pré-recrutement. En plus des actions de communication externe déjà évoquées, d'autres initiatives comme la fidélisation des étudiants durant leurs études en les accompagnant dans leur installation dans la région et l'amélioration de la publicité des vacances de poste sont envisageables.

Comme le prévoyait le schéma des formations des infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres de santé dans la région Rhône-Alpes pour 2002-2006[54], pour éviter la fuite des infirmières formées en Haute-Savoie vers la Suisse, une mesure de fidélisation des étudiants de deuxième et troisième année a été décidée par l'ARH par le biais d'un contrat d'engagement de servir en contrepartie du versement d'une allocation mensuelle d'études. L'ARH a dégagé des crédits permettant aux établissements de santé de verser à une centaine d'étudiants en soins infirmiers de 2ème et 3ème année volontaires une **allocation d'étude mensuelle**. Le contrat prévoit un engagement de l'établissement de recruter le futur diplômé, et pour celui-ci de servir dans l'établissement pour une durée égale à celle pendant laquelle il a touché l'allocation. En cas de rupture du contrat, l'étudiant doit reverser une somme fixe.
Cette possibilité offerte à des étudiants qui rencontrent des difficultés financières pourrait être exploitée à la maison de retraite de Reignier. En effet, le financement d'études longues et prenantes (l'étudiant peut difficilement prendre un emploi à temps partiel) est cause de difficultés sociales pour nombre d'étudiants.

Un travail sur la publication des **annonces** est également être possible. La maison de retraite de Reignier remplit ses obligations mais pourrait élargir ses lieux de publication à un nombre plus important de journaux spécialisés et transmettre les annonces non seulement à l'IFSI d'Annemasse, mais aussi à ceux de la région. Par ailleurs, la nouvelle génération recherchant de plus en plus d'informations sur Internet, il serait utile de creuser les canaux de diffusion de ce côté-là.

❖ *Un recrutement plus dynamique*

Le procédure de recrutement en elle-même gagnerait quant à elle à être approfondie.

Lors du recrutement, il appartient au recruteur de bien apprécier le candidat afin d'éviter des erreurs qui ne seraient bénéfiques pour personne. Le recruteur doit donc donner toutes les informations nécessaires au candidat afin que ce dernier puisse juger du poste proposé et des perspectives d'évolution au sein de ce même poste, mais également au sein de l'établissement. De même, il faut s'assurer que le candidat corresponde bien au profil de poste défini.
La maison de retraite de Reignier ne disposant actuellement que de peu de fiches de poste et de profils de poste, il est donc souhaitable qu'elle en définisse. Un groupe de travail coordonné par le cadre soignant et la responsable des ressources humaines

[54] DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES RHÔNES ALPES, *Orientations du*

pourrait s'en charger, ce qui permettrait d'ailleurs aux soignants de valoriser leur métier exercé en maison de retraite.

Par ailleurs, il n'existe pas de procédure de recrutement formalisée. Il existe bien des habitudes et des méthodes, mais pas de document écrit auquel se référer. Ceci peut entraîner des dysfonctionnements et engendrer de ce fait une perte de qualité dans l'accueil lors du recrutement.
Une procédure pourrait donc être mise en place, détaillant les différentes phases du recrutement des agents jusqu'à leur accueil et les responsabilités de chacun. Elle peut identifier par exemple, quand le livret d'accueil sera mis en place, la personne chargée de sa distribution.

Enfin, la responsable des ressources humaines note que de nombreuses personnes déposent leur candidature mais ne viennent pas. A ces défections s'ajoutent les soignants recrutés et qui se désistent au dernier moment.
Pour limiter ce phénomène, le dossier d'accueil du personnel préconisé plus haut gagnerait à être remis aux candidats dès la phase de pré-recrutement pour qu'ils puissent réfléchir à leur choix d'affectation avec tous les éléments de réflexion nécessaires.
De plus, afin de mieux ajuster la politique de l'établissement, les candidats pourraient être appelés pour connaître les raisons de leur défection. Un registre de type tableau de bord synthétisant les délais de réponses et les raisons des défections permettrait ainsi d'adapter la politique de communication et de recrutement en fonction des réponses qui reviennent le plus souvent.

- <u>Un véritable suivi des personnels</u>

Si l'amélioration du recrutement apparaît opportune, l'ensemble des efforts doit cependant être porté sur le cœur même de la gestion individualisée des personnels, c'est-à-dire le suivi des personnels tout au long de leur carrière.

❖ *Un suivi personnalisé du parcours professionnel des agents*

L'évaluation constitue à cet égard le support d'une politique de gestion des ressources humaines plus dynamique. Elle permet en effet d'introduire dans le système de notation des éléments plus qualitatifs, non appréciables dans le cadre du système actuel reposant essentiellement sur des critères de carrière à l'ancienneté. Il est certes complété à la maison de retraite de Reignier par une fiche dite d'évaluation,

---

schéma régional infirmier 2002-2006, p. 11.

mais cette dernière est remplie par les personnels référents sans concertation ni discussion avec les agents concernés, et ne traduit souvent qu'opinion subjective. Ce système permet à la direction de noter les agents en connaissance de cause, mais ne permet pas de réaliser une véritable évaluation.

Pour ce faire, un entretien annuel d'évaluation sous la responsabilité des référents et des cadres serait plus adéquat. Cet outil de management permet d'appréhender les souhaits et les besoins des agents et d'introduire des éléments plus qualitatifs dans la procédure de notation souvent ressentie comme paralysante. Il instaure entre l'évaluateur et le titulaire d'un poste un engagement contractualisé précisant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. Il est également l'occasion de mesurer la capacité d'initiative et l'aptitude à occuper une responsabilité nouvelle. Enfin, il est un support d'appréciation réelle et outil de construction du plan de formation.
Cet entretien doit s'inscrire dans un processus continu permettant un réajustement éventuel des objectifs fixés en fin d'année. A ce titre, il est souhaitable de mettre en œuvre à mi-année un deuxième entretien déconnecté de la notation.

Afin que cet outil soit approprié par tous les personnels, un groupe de travail pourrait créer un guide de l'entretien d'évaluation des personnels prévoyant la détermination :

- d'objectifs pour l'année suivante (par exemple : projet, participation à un groupe de travail transversal, tutorat …) ;
- des compétences à améliorer ou à acquérir ;
- de la formation adéquate ;
- des projets du soignant en matière de carrière.

Cet entretien s'apparenterait ainsi plus à un bilan de compétences qu'à une simple procédure de notation, favorisant l'expression des souhaits des personnels.

La révision de la procédure de notation s'avèrerait donc un élément propice à un suivi réel et plus individuel de la carrière des agents. Une politique visant particulièrement la gestion des fins de carrière pourrait s'y adjoindre.

❖ *Une politique de gestion des fins de carrière*

Même si personnel de la maison de retraite de Reignier est, on l'a vu, en moyenne assez jeune du fait des nombreux départs à la retraite, il apparaît essentiel de prévenir

son usure professionnelle (burn-out) et éviter ainsi les départs prématurés à la retraite. En effet, une étude récente de la CNRACL[55] met en évidence l'importance des entrées en invalidité chez les personnels soignants, et notamment les aides-soignants : le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les ASH par rapport aux infirmiers, et de 1,7 pour les aides-soignants.

Aucune mesure destinée à permettre aux salariés de vieillir dans leur travail n'est aujourd'hui réellement organisée à la maison de retraite de Reignier. Ainsi, des solutions innovantes pourraient être mises en œuvre pour gérer les fins de carrière. Elles supposent de réfléchir à l'organisation du travail de manière globale dans les services. Plusieurs pistes sont à cet égard préconisées par l'IGAS[56].

Tout d'abord, il est envisageable de proposer à ces personnels des **postes de travail moins rudes**, par le biais de la mobilité. Etant entendu qu'il ne doit pas s'agir d'une « placardisation » par défaut de solution de reconversion, la mobilité vers des emplois représentant une tension mentale moindre ou des efforts physiques moins importants est souvent spontanément recherchée par les agents eux-mêmes. Dans cette optique, des emplois d'accueil ou d'animation utiles à l'établissement pourraient être dégagés pour ces personnels.

Ensuite, une réflexion sur l'**adaptation des organisations** et la transformation des conditions de travail pourrait être engagée avec l'aide des ergonomes pour innover en matière d'organisation des unités de travail et ainsi trouver des solutions satisfaisantes pour les agents vieillissants.

Enfin, le **développement des fonctions de tutorat ou d'expertise** semble judicieux afin d'utiliser l'expérience des travailleurs plus âgés au profit des plus jeunes, valorisant ainsi l'expérience accumulée au cours de la vie professionnelle. Cette utilisation de l'expérience des seniors au profit des juniors peut prendre plusieurs formes : un rôle pédagogique formalisé comme doit l'être le tutorat en matière d'apprentissage, ou une simple guidance appuyée sur une expérience acquise empiriquement. Il est également possible de reconnaître « l'expertise » de ces agents

[55] DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., FLAMANT P. et al. *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, l'exemple de la filière soignante et des métiers d'aide à la personne*, p 62.

[56] DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., FLAMANT P. et al. *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, l'exemple de la filière soignante et des métiers d'aide à la personne*, p 58-60.

en leur confiant, pour une durée limitée, une mission d'expertise correspondant à la diffusion d'un savoir faire.

Toutefois, ces pistes demandent à être explorées avec précaution. Toute création de fonctions adjacentes au sein d'une organisation peut aboutir à des cloisonnements supplémentaires, même si le champ sanitaire et social se prête bien au développement des fonctions de tutorat, de médiation de gestion et d'animation, bien adaptés à un cursus de seconde carrière.
D'autre part, pour que les seniors qui seraient retenus pour occuper de telles fonctions restent légitimes aux yeux de leurs collègues et utiles à l'organisation du travail, ils doivent conserver et actualiser leurs connaissances et leur savoir-faire, conserver des fonctions opérationnelles d'intervention, donc faire du temps partagé.

En dernier lieu, la gestion individualisée des carrières doit naturellement être complétée par un dispositif de formation qui soit à même de répondre aux attentes des personnels.

2.2.3. Un plan de formation en cohérence avec les besoins émergeants

En période de pénurie soignante, cet aspect de la politique des ressources humaines doit être privilégié, à deux titres. D'une part, la formation du personnel, seul moyen de faire face à la déqualification des embauches engendrée par un marché peu pourvoyeur de soignants formés, améliore l'adéquation entre les besoins et les ressources humaines. Elle permet d'autre part à l'établissement de fidéliser les soignants en poste en leur donnant l'occasion de valoriser leur expérience, d'améliorer leurs performances et de se projeter dans l'avenir au sein de l'établissement.

- <u>La réintroduction d'un plan de formation pour pallier la déqualification des embauches …</u>

Réintroduit après deux années d'absence, le plan de formation de la maison de retraite de Reignier pour 2005 est assez conséquent en termes de masse financière. Son budget prévisionnel s'élève à 110 391,28 €[57] (au-delà de ce que prévoient les textes : 2,1 % de la masse salariale au minimum, c'est-à-dire 93 300 €), sans compter la rémunération des agents en formation. Il prévoit d'envoyer la quasi-totalité du personnel de l'établissement en formation dans l'année. Les soignants peuvent choisir parmi six thèmes différents, ce qui est assez peu, mais correspond à la philosophie qui préside à ce plan : il s'agit plus d'une remise à niveau générale (compte tenu des nombreux agents récents non

[57] Voir annexe n°5.

familiarisés avec la prise en charge de la personne âgée) que d'un plan de formation classique conciliant besoins de l'établissement et aspirations personnelles.

La **méthodologie d'élaboration** a été, du fait de la spécificité du plan de formation cette année, **simplifiée**. Le choix des formations proposées a été fait essentiellement en fonction des propositions des organismes de formation. Certaines formations correspondent à un besoin émergent (demandes récurrentes, besoins soulevés par l'enquête sur l'organisation du travail soignant, besoin de mise à niveau des nouveaux personnels). Mais, mis à part quelques cas ponctuels (laverie, animation …), il n'y a pas eu d'analyse fine des besoins qui correspondraient aux projets de l'établissement.

La **mise en œuvre** de ce plan de formation s'avère assez **délicate**. En effet, l'établissement se heurte à un réel problème de motivation, notamment des soignants, qu'il faut sans cesse relancer et stimuler. D'ailleurs, l'inscription aux actions de formation se fait théoriquement sur la base du volontariat, mais l'inscription d'office demeure une pratique courante, notamment pour les nouveaux personnels.

En concevant un plan de formation 2005 ambitieux, la maison de retraite de Reignier affiche ainsi sa volonté de faire face à la pénurie en personnel soignant qualifié. Cependant, pour assurer son effectivité et sa pérennité, trois types d'évolutions dans son élaboration semblent souhaitables :

❖ *Une méthodologie renouvelée d'analyse des besoins en formation*

L'analyse d'un besoin se fait classiquement en fonction des trois niveaux de besoins de l'organisation[58] :

- les besoins de l'organisation (projet d'établissement, projet médical),
- le besoin d'optimisation du fonctionnement des services de soins, administratifs et techniques (projet de service),
- le besoin d'amélioration des performances (demandes individuelles).

L'analyse de la notion de besoin s'avère ainsi être une tâche délicate, car porteuse à la fois d'une exigence collective et de la perception subjective qu'ont les individus de cette exigence. Il apparaît peu pertinent de la déterminer de façon optimale en se limitant à recueillir l'avis exprimé directement par les agents. Or, dans la pratique, le

[58] DESTREM H. *Approche systémique de la formation et motivation du personnel*, p. 351.

recueil direct auprès des agents, sous couvert en amont de la hiérarchie, est demeuré le système dominant à la Maison de retraite de Reignier.

Il s'agit de faire coïncider une situation professionnelle en termes de contenu de l'emploi, de profil de compétence professionnelle (résumable en savoir, savoir-faire et savoir-être) et un besoin de formation stricto sensu (réduction de l'écart entre le profil requis et le profil réel). Ce travail de synthèse doit être mené en étroite concertation avec l'agent concerné et pourrait se faire par les (futurs) cadres de santé au moment de l'entretien annuel d'évaluation (redéfinition avec les personnels de leurs lacunes en termes de formation et de leurs aspirations de promotion), puis étudié par une commission formation au moment de l'élaboration du plan de formation.

❖ *Une démarche d'élaboration partenariale du plan de formation*

Comme le souligne le guide méthodologique du projet social, « la politique globale de formation conjugue, au travers d'un dialogue social, les différents projets des individus, des services et de l'institution et les articule entre eux » [59]. La concertation s'avère donc essentielle dans le processus d'élaboration d'un plan de formation, afin de répondre à son objectif de mise en cohérence des intérêts individuels et collectifs. C'est dans cette optique que la Maison de retraite de Reignier envisage de créer en 2006 une « commission formation », chargée d'élaborer le plan de formation.

Afin d'initier une véritable concertation, cette instance sera idéalement transversale dans sa composition (représentation de la direction et représentation des différentes catégories de personnels).

Elle définira les axes prioritaires de formation de l'année, en articulant les orientations institutionnelles de l'établissement (telles qu'elles pourraient apparaître dans un futur projet d'établissement et projet médical) et les préoccupations collectives du personnel en termes d'accompagnement par la formation puis élaborera un projet de formation pour chacun des axes retenus. Pour ce faire, elle pourra, l'instar du CH des Pyrénées de Pau[60], utiliser une grille de facteurs inducteurs de formation pertinents. Au titre de ces facteurs, on peut relever par exemple :

- l'évolution structurelle des métiers des services économiques logistiques (restauration, blanchisserie, services techniques) ;

[59] MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *Elaboration, négociation et suivi du projet social : guide méthodologique*, p. 24.

[60] VILLENEUVE P. *Vers la professionnalisation de la fonction formation au CH des Pyrénées de Pau*, p. 119.

- la restructuration de l'organisation des soins par le développement de prises en charges spécifiques adaptées aux besoins des résidents (unité Alzheimer, accueil de jour, atelier mémoire …) ;
- la modernisation du système d'information (dossier du résidant …).

Elle étudiera parallèlement les demandes individuelles de formation, exprimées lors de l'entretien annuel d'évaluation.

A partir de ces éléments, elle élaborera un cahier des charges et choisira les organismes de formation en fonction de ce dernier (et non l'inverse, comme actuellement).

❖ *Une politique de gestion des remplacements*

Pour l'année 2005, aucune politique de remplacement des agents en formation n'a été prévue, sauf pour les formations promotionnelles. Or la circulaire 19 mars 2001 relative à la formation professionnelle[61] continue signale le remplacement comme « nécessaire afin de ne pas compromettre le départ des agents devant se former ». La réalité de la mise en œuvre du plan de formation le confirme, certains agents se saisissant de cet argument pour refuser de s'inscrire aux actions de formation. Le seul obstacle à ce type de politique étant naturellement sa faisabilité financière, une solution envisageable pour les années à venir serait d'élaborer un plan de formation moins ambitieux en termes de nombre de formations et/ou de nombre d'agents concernés, mais incluant dans son financement la rémunération des agents en formation (c'est-à-dire leur remplacement), comme le prévoit le décret du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue[62].

- … à inscrire dans une politique de formation visant à fidéliser le personnel

De manière plus générale, afin de concourir à la fidélisation du personnel soignant, la politique de formation de l'établissement telle que pratiquée aujourd'hui par le biais du plan de formation gagnerait à être approfondie dans deux directions :

❖ *Informer le personnel des opportunités de formation*

Le manque de motivation du personnel soignant constaté lors de l'inscription aux actions de formation relève, au-delà des questions de remplacement des agents,

[61] Circulaire DHOS/P1 n°2001-146 du 19 mars 2001 relative à la formation professionnelle continue des agents des établissements visés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[62] Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

d'une carence d'information sur les différentes formations. Pour pallier ce manque, deux axes de communication peuvent être envisagés :

- aider les personnels à formuler leurs demandes dans le cadre du plan de formation en remettant annuellement à chacun un « livret de formation » synthétisant l'ensemble des actions formations accessibles ;
- informer le personnel des autres modalités d'accès à la formation que le plan de formation, c'est-à-dire le congé de formation professionnelle et le bilan de compétences (tous deux financés par l'ANFH).

❖ *Evaluer les actions de formation*

Afin que le plan de formation évolue dans le sens d'une meilleure adaptation aux besoins et que les personnels s'impliquent dans son élaboration, l'établissement ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur l'évaluation des actions de formation (en sus ou à la place de l'évaluation prévue par l'organisme de formation).

Dans un premier temps, il s'agira d'évaluer les actions de formation en elles-mêmes, tant au regard de leurs objectifs globaux (qui expriment de façon synthétique le comportement professionnel global qui doit être atteint en fin de formation) que de leurs objectifs spécifiques (qui traduisent l'ensemble des capacités ou connaissances qu'il est nécessaire d'acquérir pour atteindre l'objectif final). Les modalités d'évaluation pourront s'appuyer sur une grille type fondée à la fois sur des critères de pertinence et des critères d'efficacité, permettant de dégager une approche concrète d'évaluation d'une action donnée. Les items retenus dans cette grille pourraient être les suivants :

- nombre de participants ;
- nombre de stagiaires ayant répondu à l'évaluation ;
- niveau d'attente ;
- degré de satisfaction ;
- description du contenu ;
- méthode pédagogique ;
- relation à l'intérieur du groupe ;
- interactivité avec le formateur ;
- modalités de déroulement de la formation ;
- effets professionnels ;
- effets personnels.

Concernant les actions de formation promotionnelle, une évaluation sous forme de bilans périodiques pourrait être envisagée avec les personnels en formation, et

permettrait, dans une perspective fidélisation, de conserver un lien entre l'établissement et ces agents.

Dans un second temps, et toujours dans l'optique de fidélisation des soignants, l'évaluation du plan de formation pourra être approfondie et s'intéresser à l'impact réel de la formation et de la qualification des personnels sur la qualité de réalisation de leur travail (en observant des statistiques diverses du type nombre d'escarres, nombre de chutes, nombre d'accidents du travail …) et sur la satisfaction qu'il en retirent (par le biais par exemple de l'enquête de satisfaction des personnels évoquée plus haut).

CONCLUSION

L'expression de « séisme profitable » employée par L. de Montalembert[63] pour qualifier les effets de la pénurie soignante nous semble assez appropriée pour conclure ce travail. En effet, une brèche a été ouverte par cette situation de pénurie, bénéfique à la fois pour les professions soignantes, mais aussi pour les établissements employeurs, du fait de la nécessaire prise de conscience qu'elle engendre.

L'analyse effectuée ici de la situation de la maison de retraite de Reignier à cet égard devrait permettre des avancées en matière de politique de gestion des ressources humaines, tant cette structure est désormais incitée à mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à créer des outils de suivi des effectifs plus performants, à travailler sur sa politique d'accueil et de communication et à mener une réflexion sur stratégie de recrutement et de suivi de carrières, y compris la politique de formation. Il n'y a là certes rien de très innovant, mais ces propositions d'action ont le mérite d'exister et de répondre à un réel besoin.

Les limites de ce travail, résultant notamment de la position d'élève-directeur stagiaire que j'occupais au sein de l'établissement, apparaissent cependant de manière évidente.

D'une part, le diagnostic établi en première partie ne peut être considéré comme un diagnostic partagé. La réalisation du projet social de l'établissement ne faisant pas partie de mes missions de stage, il était délicat d'impliquer l'ensemble des personnels dans l'élaboration de ce diagnostic. Il n'est dès lors pas certain que ce travail puisse servir véritablement de levier pour un futur projet social, la compréhension de la nécessité du changement n'étant pas acquise.

D'autre part, nous n'avons abordé dans nos propositions d'action que les aspects de gestion des ressources humaines, laissant de côté les autres aspects évoqués lors du diagnostic. Il n'en reste pas moins que le cœur du problème de cet établissement n'est pas dans la gestion des ressources humaines, mais bien dans l'absence de projet, qui dénue de tout sens le travail de chacun. Mais l'élaboration d'un projet d'établissement ne relevant pas de mes missions, il était difficile d'approfondir cette question.

[63] MONTALEMBERT (de) L. *La pénurie, un séisme profitable ?*, p18.

En définitive, l'ensemble des préconisations évoquées dans ce mémoire s'inscrit dans un processus de renforcement de la fonction ressources humaines au sein des structures sanitaires et sociales au travers d'une professionnalisation des acteurs, de la mise à disposition d'outils pertinents et de la capitalisation d'expériences de terrain.

Pour ce faire, une mutualisation des moyens entre structures de petites tailles ou avec des organismes plus importants au profit des plus petits serait utile, permettant aux établissements d'atteindre la taille critique nécessaire à un développement généralisé de la gestion des ressources humaines et ainsi à une plus grande attractivité des personnels.

La voie du groupement de coopération sanitaire et social est donc ouverte …

Bibliographie

1. Ouvrages et mémoires

ANJARD T. *Favoriser le présentéisme en établissement sanitaire et social, l'exemple de l'hôpital local de Graulhet.* Rennes : mémoire ENSP de directeur d'établissement sanitaire et social, 2001, 90 p.

AUBERT N., GRUÈRE J. P., JABES J. *Management, aspects humains et organisationnels*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, 656 p.

ENRÈGLE Y. *Du conflit à la motivation : la gestion sociale*. Paris : éditions l'Organisation, 1985, 196 p. Management 2000.

FERRAND J. *Le projet social : un support pour le développement de la gestion des ressources humaines à l'hôpital local.* Rennes : mémoire ENSP de directeur d'établissement sanitaire et social, 2001, 120 p.

KOSCIELNY C. *Optimiser l'intégration des nouveaux personnels, une politique incontournable dans la gestion des ressources humaines : l'exemple du centre hospitalier de Jury.* Rennes : mémoire ENSP de directeur d'hôpital, 2002, 85 p.

ROBERT C. *Quelle politique de ressources humaines mener dans un établissement psychiatrique, face à la pénurie infirmière ?* Rennes : mémoire ENSP de directeur d'hôpital, 2003, 85 p.

2. Articles

Papier

ANHOURY P., COINTEMENT S. Le contrôle de gestion, d'une logique budgétaire à la gestion des performances. *Gestions hospitalières*, juin/juillet 1998, pp. 402-404.

BARTHES R., QUILLET E. Recrutement de paramédicaux espagnols, deux ans de fonctionnement du dispositif national. *Revue hospitalière de France*, mai/juin 2004, n°498, pp. 68-71.

DESTREM H. Approche systémique de la formation et motivation du personnel. *Gestions hospitalières*, mai 1999, pp. 350-358.

DONIUS B. La dimension stratégique du projet social. *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, mai 2003, n°24, pp. 21-31.

DURIBEUX M. Validation des acquis de l'expérience, mode d'emploi. *Direction(s)*, juin 2004, n°9, pp. 32-33.

EL HOUARI D., STEUDLER F., MINARES J. et al. Attitudes et comportements des DRH hospitaliers à l'égard du vieillissement des personnels soignants âgés. *Gestions hospitalières*, décembre 2003, pp. 835-845.

GOTTSMANN J., PONTONNIER M. A. Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service. *Gestions hospitalières*, décembre 2002, pp. 780-784.

LETEURTRE H. Les tableaux de bord sociaux. *Gestions hospitalières*, décembre 2003, pp. 825-826.

LOUBAT J. R. Remotivation des personnels et management. *Gestions hospitalières*, avril 1991, n° 305. pp. 366-370.

MARTIN D. Accueil – Insertion : pour quoi faire ? *Gestions hospitalières*, mai 1995, n°346, pp. 368-369.

SAINT JEAN O., SOMME D. Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées, données de l'enquête EHPA. *Gérontologie et Société*, mars 2003, n°104, pp. 13-21.

VILLENEUVE P. Vers la professionnalisation de la fonction formation au CH des Pyrénées de Pau. *Gestions hospitalières*, février 2002, pp. 116-120.

Electroniques

AFP. Personnes âgées dépendantes : un poste de soignant sur quatre est vacant. *Hospimédia* [en ligne]. 31 juillet 2003 [visité le 12.01.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

AFP. Personnes âgées : 10 000 emplois créés en 2004, 12 000 nouveaux prévus en 2005. *Hospimédia* [en ligne]. 4 février 2005 [visité le 07.04.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

BERTHELIN O. Comment faire face à la pénurie de main d'œuvre ? *La gazette des communes* [en ligne]. 24 mai 2004, n°1743, [visité le 12.01.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.lagazettesdescommunes.com/archives>

CRESTEL N. Contrats d'avenir et d'accompagnement à l'emploi : une réponse adaptée aux problèmes de recrutement ? *Hospimédia* [en ligne]. 23 juin 2005 [visité le 23.06.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

HÉMERY P. Cas particulier : le retour à l'emploi infirmier. *Hospimédia* [en ligne]. 30 septembre 2004 [visité le 12.01.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

HÉMERY P. VAE, plus qu'une reconnaissance professionnelle. *Hospimédia* [en ligne]. 18 août 2004 [visité le 12.01.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

LEURIDAN S. De l'industrie à l'hôpital : des passerelles existent. *Hospimédia* [en ligne]. 29 janvier 2004 [visité le 12.01.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

MARASCHIN J. Premier dispositif de VAE pour les professionnels de santé. *Hospimédia* [en ligne]. 15 février 2005 [visité le 07.04.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

3. Rapports, études, dossiers de presse, documents divers

AUDRIC S., NIEL X. *La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avril 2002, 7 p. Etudes et Résultats, n° 169.

BENETTI D. *Les salaires des Suisses et des étrangers à Genève*. Genève : Office cantonal de la statistique, Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures, novembre 2003, 2 p. Coup d'œil, n° 16.

BERLAND Y., GAUSSERON T. *Démographie des professions de santé*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 113 p.

BOUSQUET F. *La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, une enquête statistique auprès des établissements publics de santé*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars 2003, 12 p. Etudes et Résultats, n° 224.

DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., FLAMANT P., JEANDET MENGUAL E., et al. *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. L'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne.* Rapport n°2004 057. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2004, 98 p.

DESCOURS C. *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 45 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Fonction publique hospitalière: données démographiques horizon 2015*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mai 2003. 24 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Elaboration, négociation et suivi du projet social : guide méthodologique*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, décembre 2001, 49 p.

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES RHÔNES ALPES. *Orientations du schéma régional infirmier 2002-2006*. Lyon : 4 septembre 2003. 28 p.

DUÉE M., REBILLARD C. *La dépendance des personnes âgées: une projection à long terme*. Document de travail G 2004/02. Paris : INSEE, direction des études et synthèse économiques, avril 2004, 51 p.

ESTRYN-BEHAR M., LE NÉZET O., DUVILLE N. et al. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Paris: GAP Editions Communication, 2005, 64 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, CONFÉRENCE NATIONALE DES DIRECTEURS D'EHPAD et al. *Conférence de presse de la communauté publique hospitalière et médico-sociale sur l'actualité et les attentes de la gérontologie et de la gériatrie* [en ligne]. 16 novembre 2004 [visité le 12.12.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr>

HAEUSLER L., BAHEUX A., *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2002, établissements publics de santé*. Paris : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, décembre 2004, 203 p.

LAPERROUSE P. *La lettre de la DRASS*. N° 2003-09-L. Lyon : DRASS Rhône-Alpes, décembre 2003, 4 p.

LAROQUE M. *Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées*. Rapport n°2004 133. Paris : Inspection générale des affaires sociales, septembre 2004, 40 p.

LE LAN R., BAUBEAU D. *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, août 2004, 11 p. Etudes et Résultats, n° 335.

LEURS Y. *Une comparaison des salaires entre la France et la Suisse dans la zone frontalière genevoise*. Lyon : INSEE Rhône Alpes, octobre 2004, 6 p. La Lettre – Analyses, n° 28.

MARQUIER R. *Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avril 2005, 12 p. Etudes et Résultats, n° 393.

MOUCHET S. *Données statistiques*. N° 5. Genève : Office cantonal de la statistique, Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures, avril 2004, 28 p.

OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, SERVICE DE LA PROSPECTIVE. *Enquête genevoise dans le secteur santé.* Genève : Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures, mai 2002, 30 p.

SCHREIBER A. *La formation aux professions de santé en 2002 et 2003*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2004, 103 p. Série statistiques, n°69.

SICART D. *Les professions de santé au 1er janvier 2004*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2004, 65 p. Série statistiques, n°68.

TUGORES F. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel.* Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2005, 8 p. Etudes et Résultats, n° 379.

VOCAT M., GIRARD P. H., MEYER A. *Rapport de veille – Etat des lieux concernant les demandeurs d'emploi issus des professions d'aide en soins*. Genève : Office cantonal de l'emploi, Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures, septembre 2004, 6 p.

4. Personnes interrogées

BAZIN A. Adjoint de direction, responsable du centre de formation des Hôpitaux universitaires de Genève.

MARGOLLIET L. Responsable des ressources humaines de la maison de retraite de Reignier.

MILICI C. Responsable des services économiques et financiers de la maison de retraite de Reignier.

RICHARD N. Directrice de l'IFSI rattaché au Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse - Bonneville.

Liste des annexes

Annexe n° 1 Questionnaire aide-soignant (enquête menée à l'IFSI d'Annemasse)

Annexe n° 2 Questionnaire infirmier (enquête menée à l'IFSI d'Annemasse)

Annexe n° 3 Tableau de synthèse sur les principales théories de la motivation

Annexe n° 4 Données concernant l'étude Presst-Next

Annexe n° 5 Plan de formation 2005 de la maison de retraite de Reignier

ANNEXE N°1

Questionnaire aides-soignants

Informations générales

- **Age :**
- **Département d'origine :**

Les études à l'école d'aides-soignants

- **Qu'est-ce qui a motivé votre choix d'études à l'école d'aides-soignants ?**
  (1 : très important, 2 : important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important)
  Vocation personnelle
  Membre de votre famille dans le métier
  Durée des études
  Rémunération
  Autres :

- **Bénéficiez-vous d'un contrat particulier avec un établissement vous engageant pour les années à venir ?**

- **Votre école est située à proximité de la Maison de retraite de Reignier. Y avez-vous effectué un stage ?** (cochez votre réponse)
  Oui
  Non

- **Si oui, avez-vous été satisfait de l'accueil et du suivi dont vous avez bénéficié durant votre stage par le personnel ?** (cochez votre réponse)
  Très satisfait
  Satisfait
  Peu satisfait
  Pas satisfait

- **Pour quelles raisons ?**

Votre futur métier

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

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

- **Avez-vous effectué un stage dans le service qui vous attire le plus ?** (cochez votre réponse)
  Oui
  Non

- **Lors de votre sortie de l'école, vous souhaiteriez exercer :** (cochez votre réponse)
  A l'hôpital ou en maison de retraite publics
  En clinique privée
  En libéral
  En intérim
  Autres :

- **Pour quelles raisons ?** (cochez votre réponse)

Le travail en équipe
Les opportunités professionnelles
La rémunération
La flexibilité dans l'organisation du temps de travail
L'autonomie dans le travail
Autres :

- **Pensez-vous aller exercer en Suisse ?** (cochez votre réponse)

Oui
Non

- **Pour quelles raisons ?**

<u>La maison de retraite de Reignier</u>

- **Connaissez-vous cet établissement ?** (cochez votre réponse)

Oui
Non

- **Quelle image vous faites-vous de cet établissement ?**

- **A la sortie de l'école, envisageriez-vous d'y déposer une candidature ?**

(cochez votre réponse)
Pas du tout
Peut-être
Oui

- **Pour quelles raisons ?**

ANNEXE N°2

Questionnaire infirmier

Informations générales

- **Promotion :**

1ère année

2ème année

3ème année

- **Age :**
- **Département d'origine :**

Les études à l'IFSI

- **Qu'est-ce qui a motivé le choix des études en IFSI ?** (1 : très important, 2 : important, 3 : peu important, 4 : pas du tout important)

  Vocation personnelle

  Membre de votre famille dans le corps infirmier

  Durée des études

  Rémunération

  Autres :

- **Bénéficiez-vous d'un contrat particulier avec un établissement vous engageant pour les années à venir ?**

- **Votre IFSI est situé à proximité de la Maison de retraite de Reignier. Y avez-vous effectué un stage ?** (cochez votre réponse)

  Oui

  Non

- **Si oui, avez-vous été satisfait de l'accueil et du suivi dont vous avez bénéficié durant votre stage par le personnel ?** (cochez votre réponse)

  Très satisfait

  Satisfait

  Peu satisfait

  Pas satisfait

- **Pour quelles raisons ?**

Votre futur métier

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

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

- **Avez-vous effectué un stage dans le service qui vous attire le plus ?** (cochez votre réponse)
  Oui
  Non

- **Lors de votre sortie de l'IFSI, vous souhaiteriez exercer :** (cochez votre réponse)
  A l'hôpital ou en maison de retraite public
  En clinique privée
  En libéral
  En intérim
  Autres :

- **Pour quelles raisons ?** (cochez votre réponse)

Le travail en équipe
Les opportunités professionnelles
La rémunération
La flexibilité dans l'organisation du temps de travail
L'autonomie dans le travail
Autres :

- **Pensez-vous aller exercer en Suisse ?** (cochez votre réponse)

Oui
Non

- **Pour quelles raisons ?**

La maison de retraite de Reignier

- **Connaissez-vous cet établissement ?** (cochez votre réponse)

Oui
Non

- **Quelle image vous faites-vous de cet établissement ?**

- **A la sortie de l'IFSI, envisageriez-vous de déposer une candidature à la maison de retraite de Reignier ?** (cochez votre réponse)

Pas du tout
Peut-être
Oui

- **Pour quelles raisons ?**

ANNEXE N°3

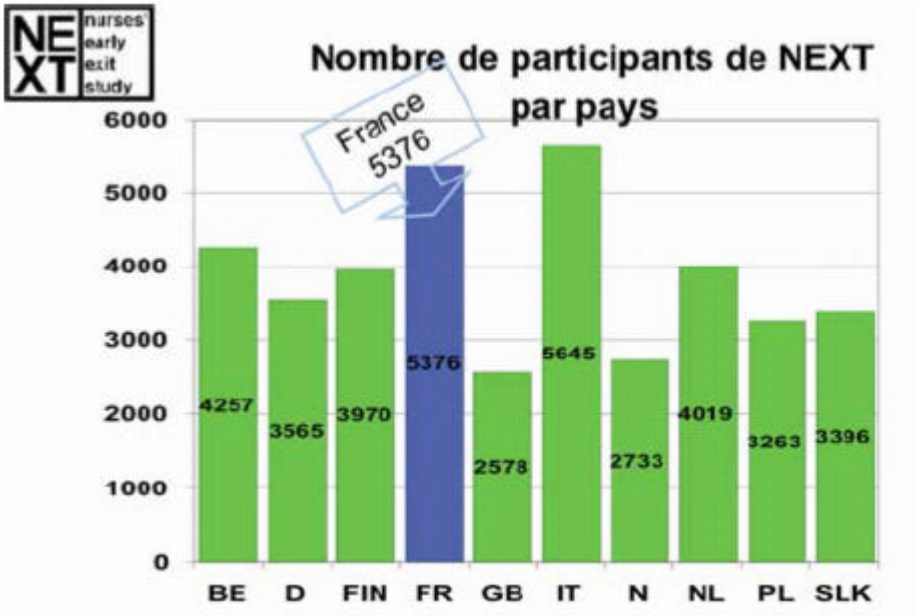
Données concernant l'étude Presst-Next

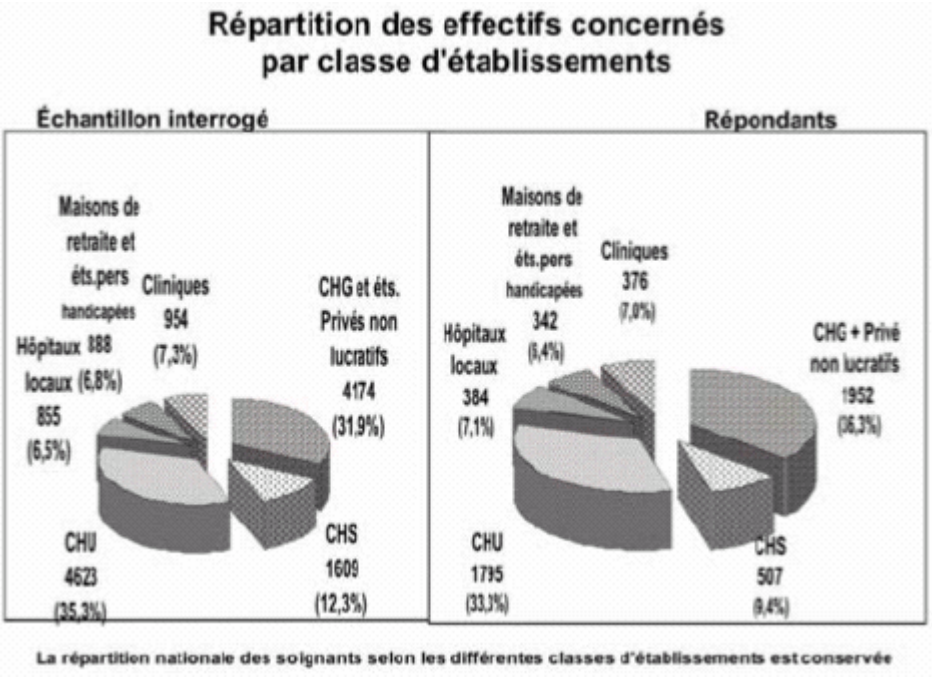
Le projet PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail), mené par Madeleine Estryn-Behar, en collaboration notamment avec Olivier Le Nézet et Nathalie Duville, fait partie de l'importante étude scientifique diligentée par l'Union Européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study) dont l'objectif est d'analyser pourquoi et comment les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession.

« Il existe des relations nettes entre l'appréciation des relations avec les collègues et les supérieurs, le temps disponible pour les transmissions, la charge de travail, la crainte de faire des erreurs, de mal informer le patient etc., d'une part, et le développement d'une insatisfaction diffuse conduisant au désir de quitter sa profession d'autre part » écrit Marc Loriol dans la préface du rapport. Cela sonne comme une évidence, mais restait difficile à évaluer.

Les premiers résultats de l'enquête ont permis d'identifier les facteurs de santé, les conditions de travail et les facteurs organisationnels liés au souhait de quitter la profession prématurément des ASH, infirmiers IDE, spécialisés ou cadres. Dans la seconde partie de l'enquête, menée un an plus tard, l'étude analyse les conséquences de ces départs sur la qualité de vie et le vieillissement des salariés. Cette étude doit fournir les bases d'actions pour améliorer la santé au travail, favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants et ainsi mieux aborder l'avenir.

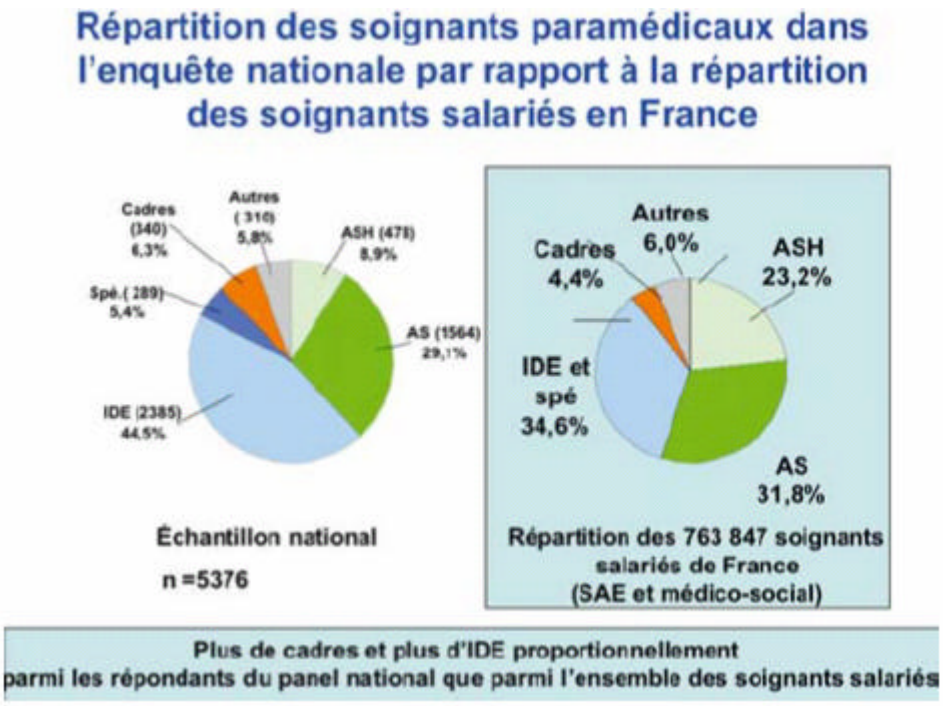
Echantillon européen : les dix équipes européennes ont sélectionné des établissements de santé ou médico-sociaux publics et privés en fonction de leur représentation dans la structure du système de santé de leur pays. L'accord des employeurs et des organisations représentatives des salariés devait être obtenu. Le questionnaire a été envoyé, en Europe, à 69 902 soignants de toute qualification. Le taux de réponse global est de 53% soit 37 161 répondants.





La répartition nationale des soignants selon les différentes classes d'établissements est conservée

Echantillon français : l'échantillon français est composé de 5 376 soignants, dont la répartition est très proche de la répartition nationale des grades (légère surreprésentation des ASH).



Les résultats de l'enquête sont disponibles, entre autres, sur :
http://sudbeclere.free.fr/2005/Brochure%20PRESST-NEXT.pdf

ANNEXE N°4

Tableau de synthèse sur les principales théories de la motivation

Principales théories sur la motivation (approches externes)

Théoriciens	Facteurs	Grandes lignes
F.W. Taylor	**Homme économique**	1. L'individu est principalement motivé par le salaire. 2. Il définit l'organisation scientifique du travail afin que l'individu soit rémunéré en fonction de sa production. 3. Il a ainsi établi des standards de production en décomposant les emplois en différentes opérations et en mesurant le temps requis pour chacune.
E. Mayo	**Homme social**	1. L'individu est essentiellement motivé par ses relations avec les autres. 2. Le fait d'être accepté par son groupe compte autant, sinon plus, pour le salarié que les motivants pécuniaires. 3. L'individu est capable d'intégrer ses objectifs personnels et ceux de l'organisation.
B.F. Skinner	**Renforcement**	1. Le comportement de l'individu est conditionné par son environnement externe. 2. Des stimuli adéquats peuvent conduire l'humain aux comportements souhaités. 3. Le renforcement continu (positif ou négatif) permet de faire apparaître plus rapidement le comportement voulu.
D. McGregor	**Théorie X Théorie Y**	1. La théorie X met l'accent sur la contrainte et le contrôle pour faire travailler l'individu; l'individu a besoin de stimuli extérieurs, car il est naturellement paresseux. 2. La théorie Y postule que l'individu est capable de maturité, d'autonomie, de créativité et qu'il peut travailler avec plaisir sans être contrôlé par des superviseurs. 3. La théorie Y correspond à la pensée de McGregor pour qui l'individu est essentiellement motivé par lui-même.
E. Locke	**Objectifs**	1. Le comportement est motivé surtout par les objectifs conscients de l'individu. 2. L'individu est avant tout rationnel, c'est-à-dire capable de fixer des objectifs et d'orienter sa conduite pour les atteindre. 3. L'individu produit plus et travaille mieux si ses objectifs de rendement pour l'organisation sont élevés.

Principales théories sur la motivation (approches internes)

Théoriciens	Facteurs	Grandes lignes
A.H. Maslow	Hiérarchie des besoins	1. Il a établi une liste des besoins personnels des salariés. 2. Ces besoins se présentent dans un ordre croissant: physiologiques, de sécurité, ... (a); d'estime, de réalisation ... (b). 3. Tant que les besoins inférieurs (a) ne sont pas satisfaits, l'individu s'en occupe; quand ils sont assouvis, il s'occupe davantage des besoins supérieurs (b).
D. McClelland	Besoins supérieurs	1. L'individu a une tendance naturelle à vouloir satisfaire trois besoins: a) l'accomplissement; b) le pouvoir; c) l'affiliation. 2. Il a étudié surtout le besoin d'accomplissement (disposition de la personnalité qui pousse l'individu à tendre vers le dépassement et le succès). 3. Le besoin de pouvoir est le désir d'influencer le milieu de travail; le besoin d'affiliation est le désir d'être aimé et de vivre en harmonie avec son environnement.
F.Herzberg	Facteurs de motivation et facteurs d'hygiène	1. Il a classifié les besoins fondamentaux selon deux facteurs. 2. Les facteurs de motivation sont l'accomplissement, la reconnaissance, les responsabilités, les promotions, le travail lui-même. 3. Les facteurs de satisfaction (ou d'hygiène) sont la politique interne de l'organisation, la rémunération, la supervision, les relations interpersonnelles, les conditions de travail.
L. Festinger S. Adams	Équité	1. L'individu se compare périodiquement à lui-même (ce qu'il reçoit par rapport à ce qu'on lui donne) et aux autres (ce que d'autres reçoivent par rapport à ce qu'ils donnent). 2. En se comparant aux autres, il développe des sentiments d'inéquité, créant une tension qui le pousse à agir (pour rétablir l'équilibre). 3. C'est dans le domaine des salaires que cette approche est surtout applicable.
V. H. Vroom	Attentes ou résultats escomptés	1. Ce qui pousse l'individu à agir, c'est l'idée qu'il entretient sur la probabilité de succès de ce qu'il entreprend et ce qu'il peut en retirer d'intéressant pour lui-même. 2. La combinaison des attentes et des besoins produit un degré adéquat de motivation (M = A x B). 3. Si l'individu n'a pas ou peu d'attentes, s'il ne réussit pas à identifier ses besoins, il ne saura pas se motiver à réaliser quoi que ce soit.

ANNEXE N°5

Plan de formation, année 2005,
Maison de retraite de Reignier

RECONDUCTIONS D'ACTION DE FORMATION	ORGANISME	BENEF.	DUREE	LIEU	COUT			
					ORGANISME	DEPLACEMENT ET HEBERGEMENT	TOTAL PREVISIONNEL	TOTAL REEL
					Euros	Euros	Euros	Euros
SERVICES HOSPITALIERS								
Journées Nationales d'Etude et de Formation des Aides Soignants	EDIFORM	5 Pers	2J	PARIS	1 700,00	1 500,00	3 200,00	
Journées de Gérontologie				ANNECY ANNEMASSE GRENOBLE-LYON PARIS	5 300,00		5 300,00	
Congrès divers				PARIS - LYON	4 573,00		4 573,00	
							0,00	
					11 573,00	**1 500,00**	**13 073,00**	**0**

ACTIONS NOUVELLES	ORGANISME	BENEF.	DUREE	LIEU	COUT			
					ORGANISME	DEPLACEMENT ET HEBERGEMENT	TOTAL PREVISIONNEL	TOTAL REEL
REPORT					Euros	Euros	Euros	Euros
					11 573,00	**1 500,00**	**13 073,00**	**0**
Formation à la manutention des malades (ergonomie)	Agents de l'Etablissement	10 p.	1/2j	Etablissement	-	-	-	-
ETRE A.S.H. en gériatrie	IRAP Santé	12 p. x 2	2j x 2	Etablissement	4 320,00		8 640,00	
Perfectionnement des aides soignants des services de gérontologie	AGFOR SANTE	12 p. x 2	2j x 2	Etablissement	4 488,64		8 977,28	
Dossier de soins et transmissions ciblées Niveau 1	CEPFOR	24 p.	3 j	Etablissement	3 255,00		3 255,00	
Dossier de soins et transmissions ciblées Niveau 2	CEPFOR	12 p.	2 j	Etablissement	2 265,00		2 265,00	
Relations du soins la nuit	FORMAVENIR	8p.	4 j	Etablissement	4 120,00		4 120,00	
Comprendre et prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles associés	IRAP Santé	12 p.	2 j x 2 + 1 j	Etablissement	5 400,00		5 400,00	
Formation d'animateurs méthode manutention manuelle des charges 1er degré	SIFAM	4 p.	5 j	Montpellier	1168	3020	4188	
Formation d'animateurs méthode manutention manuelle des charges 2ème degré	SIFAM	4 p.	5 j	Montpellier	1168	3020	4188	
SERVICE ANIMATION								
Comment stimuler la personne âgée par le jeu	PASSE SIMPLE	2 p.	2 j	Annecy	1 423,00		1 423,00	
					39 180,64	**7 540,00**	**55 529,28**	

ACTIONS NOUVELLES	ORGANISME	BENEF.	DUREE	LIEU	COUT ORGANISME	COUT DEPLACEMENT ET HEBERGEMENT	COUT TOTAL PREVISIONNEL	COUT TOTAL REEL
REPORT					Euros	Euros	Euros	Euros
					39 180,64	**7 540,00**	**55 529,28**	**0**
SERVICES HOSPITALIERS-GENERAUX								
Sécurité Incendie								
- Formation de base	SAVOIE PREVENTION	12 p. x 5	4 h x 5	Etablissement	637,70		3 188,50	
- Recyclage Sécurité du public dans les ERP de Type II	SAVOIE PREVENTION	12 p. x 5	4 h x 5	Etablissement	637,70		3 188,50	
SERVICE LINGERIE								
Sécurité Incendie								
- Formation de base	SAVOIE PREVENTION	7 p. x 2	2 h x 2	Etablissement	398,00		796,00	
- Système Norme RABC Maîtriser la biocontamination de la fonction linge	CTTN	1 p.	3 j	ECULLY	549,00	250,00	799,00	
SERVICES ADMINISTRATIFS								
FORMATION INFORMATIQUE - découverte		1 p.	2 j.	Etablissement	2 000,00		2 000,00	
WORD - EXCEL		3 p.	2 j	Etablissement	2 000,00		2 000,00	
Admission et accueil des personnes âgées	GERONTEVAL	12 P.	2 + 1 j	Etablissement	3 500,00		3 500,00	
Accueil administratif des personnes qui se présentent à l'administration	FORMAVENIR	9 p.	2 j	Etablissement	2 060,00		9 560,00	
					50 963,04	**7 790,00**	**80 561,28**	**0**

ACTIONS DE PROMOTION PROFESSIONNELLES	ORGANISME	BENEF.	DUREE	LIEU	COUT ORGANISME	COUT DEPLACEMENT ET HEBERGEMENT	COUT TOTAL PREVISIONNEL	COUT TOTAL REEL
REPORT					Euros	Euros	Euros	Euros
					50 963,04	**7 790,00**	**80 561,28**	**0**
Préparation au diplôme d'I.D.E.	HOP. ANNECY	1 p.	1 an	ANNECY			0,00	
	HOP.ANNEMASSE	2 p.	1 an x 2	ANNEMASSE			0,00	
Cours de remise à niveau des aides soignants	REIGNIER Formation Continue	8 p.	190 h	REIGNER	7 600,00		7 600,00	
préparation au D.P.A.S.	HOP ANNEMASSE	6 p.	1 an	ANNEMASSE	19 230,00		19 230,00	
Préparation au Diplôme d'Aide Médico Psychologique	M.F.R. "La Catie"	1 p.	3 mois	LA BALME DE SILLINGY	3 000,00		3 000,00	
TOTAL					**80 793,04**	**7 790,00**	**110 391,28**	**0**

EVALUATION COUT SALARIAL DES AGENTS EN FORMATION

Préparation au diplôme d'I.D.E.	HOP. ANNECY	1 p.	1 an	ANNECY	33 069,79
	HOP.ANNEMASSE	2 p.	1 an x 2	ANNEMASSE	54 401,97
préparation au D.P.A.S.	HOP ANNEMASSE	6 p.	1 an	ANNEMASSE	128 933,40
TOTAL					216 405,16