



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2006

« La gériatrie recrute »
Attractivité et fidélisation en gériatrie
Quelle stratégie
pour
le Directeur des Soins ?

Valérie BLIEZ

*« Quand j'étais jeune, il n'y avait autour de moi que des vieux maintenant que j'ai vieilli,
je ne vois plus que des jeunes »*

La vieillesse est un point de vue

Boris CYRULNIK

Sommaire

Introduction	1
1 La gestion des ressources humaines en gériatrie	5
1.1 La gériatrie au cœur des hôpitaux	5
1.1.1 L'offre de soins gériatriques : de l'hospice au projet gériatrique.....	5
A) De l'hospice d'hier à la filière gériatrique de demain	5
B) Les besoins changent : plus nombreux et plus vieux.	6
C) Mais le dispositif de soins est encore perfectible.....	8
1.1.2 Les soins gériatriques hospitaliers : un secteur exigeant et enrichissant	9
A) Une exigence de compétences	9
B) Le risque de maltraitances	11
C) Une richesse essentiellement à dimension humaine.....	12
1.1.3 La qualité de vie, finalité des projets de soins en gériatrie.....	12
A) La qualité de vie.....	12
B) La gériatrie est la « reine » de l'approche globale	13
C) Projet de vie, projet de soin, projet gériatrique : « projeter la vie »	13
1.2 La gestion des ressources humaines en gériatrie : un processus	14
1.2.1 Les métiers du grand âge : des métiers sensibles à traiter de manière spécifique	14
A) Une politique gouvernementale forte	14
B) Souffrances des soignants	15
C) Un accompagnement des équipes.....	15
1.2.2 Les enjeux de la gestion des ressources humaines.....	16
A) La RH à l'hôpital	16
B) Le recrutement revisité et contractualisé	17
C) Face à la pénurie, la GRH change	18
1.2.3 Un enjeu de la politique hospitalière : dans tous les discours.....	20
A) Une pénurie connue et reconnue	20
B) Aujourd'hui : une mosaïque de mesures concrètes.....	21
C) Des difficultés de mise en oeuvre	21
1.3 Les facteurs d'évolution : regard d'experts et retour d'expériences	22
1.3.1 Le regard d'une équipe	22
A) L'exploitation de l'enquête	22
B) Jeunes, peu fidèles, fatiguées et attachées à la relation	22

C)	Satisfactions et regrets : les mots pour le dire	23
1.3.2	Retour d'expériences : ça marche ?.....	24
A)	Le marketing en ressources humaines.....	24
B)	Les expériences hospitalières commencent à s'afficher.....	26
C)	Pour quelle efficacité ?.....	27
1.3.3	Recherche de sens et lien social.....	27
A)	Une médicalisation indispensable, nécessaire ou excessive ?	27
B)	Sens et enjeux éthiques en gériatrie :	28
C)	Lien social et vieillissement.....	29
2	Enquête et regards croisés	31
2.1	La faible attractivité de la gériatrie : mythe ou réalité ?.....	32
2.1.1	Une réalité	32
A)	Une réelle préoccupation mais peu de suivi.....	32
B)	Tous sous une certaine contrainte.....	34
2.1.2	Les conditions de travail	35
A)	L'isolement sous toutes ses formes.....	35
B)	La pénibilité et la non-qualité	35
2.1.3	La vieillesse et la gériatrie	36
A)	L'image de la vieillesse.....	36
B)	La relation et la richesse de l'expérience sont les atouts de la gériatrie	36
2.2	Les démarches de recrutement : résignées ou volontaristes ?	37
2.2.1	Peu d'outil pour le recrutement et la fidélisation en gériatrie.....	37
A)	Peu d'intérêt pour le recrutement	37
B)	Le recrutement : c'est acquérir des compétences ?	38
2.2.2	Le stage, le choix imposé et la mobilité espérée : un parcours initiatique	39
2.2.3	Des projets et des vœux	40
A)	Les projets dynamisent mais n'attirent pas	40
B)	Il faudrait.... ..	40
2.2.4	Le recrutement en gériatrie : entre enthousiasme, frustration et contrainte.....	41
A)	« Ça fait plaisir, faut en vouloir mais je suis contente »	42
B)	« C'est frustrant, je suis déçue »	42
C)	« La gériatrie, c'est une impasse ! ».....	42
2.3	Vérification des hypothèses.....	43
3	Les propositions : la gériatrie recrute	45
3.1	Un plan stratégique	45
A)	Un diagnostic de la situation.....	45

B)	Un sens à l'action	45
C)	Un engagement de la direction	45
D)	Une implication du personnel	46
E)	Une approche pragmatique	46
3.2	Un plan d'accompagnement des équipes.....	46
A)	Mettre en place une politique volontariste de recrutement, d'intégration et de mobilité centrée sur les compétences et les parcours professionnels	46
B)	Apprécier le niveau de mise en conformité des unités de la filière gériatrique dans le cadre du projet gériatrique.....	47
C)	Etre un « chercheur de têtes », aller chercher les compétences	47
D)	Ecouter, donner et prendre la parole	48
E)	« Réseauter » et se rapprocher des professionnels de l'extra hospitalier	48
F)	Utiliser l'opportunité de la création de l'unité mobile gériatrique	49
G)	Optimiser la gestion du temps et de l'espace dans l'organisation du travail..	49
H)	Lutter contre l'isolement, lier et relier les personnes	50
I)	Développer le rôle de tuteur des formateurs occasionnels lors des stages avec des méthodes d'analyse des pratiques	50
J)	Adapter les formations	50
3.3	Un plan d'amélioration de la qualité des soins	51
A)	Réinvestir les auto évaluations réalisées dans le cadre des démarches d'accréditation de l'HAS et celles de la démarche Angélique	51
B)	Favoriser la créativité.....	51
C)	Lancer ou participer à un projet de recherche en gérontologie et publier les travaux soignants.....	52
D)	Rechercher des moyens par le biais des appels à projet	52
E)	Renforcer le rôle de contrôle, d'évaluation de l'équipe de cadre de la filière gériatrique dans la non-qualité	52
F)	Prendre en compte dans l'organisation du travail et les calculs d'effectifs la nécessité d'un temps de réflexion en équipe sur les pratiques professionnelles en gériatrie	53
G)	Se rapprocher de la réalité et du terrain.....	53
H)	Une communication externe.....	53
I)	Communiquer sur le projet lui-même.....	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP	Aide Médico Psychologique
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France
AS	Aide Soignante
CA	Conseil d'administration
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DS	Directeur des Soins
EAS	Etudiant Aide Soignante
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIDE	Etudiant Infirmière Diplômée d'Etat
EPS	Etablissement Public de Santé
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPSMS	Etablissement Public Social et médico-Social
GRH	Gestion des Ressources Humaines
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Vieillir est inéluctable. Les progrès de la science ont permis un allongement de la durée de vie conséquent et le vieillissement est devenu un phénomène d'actualité sans précédent dans nos pays occidentaux : « le vieillissement devient la nouvelle aventure du vivant »¹. La prise en charge des personnes âgées est une préoccupation importante pour l'opinion française. Mais, aujourd'hui, la majorité de cette population vieillissante vit en institution. Les établissements publics de santé accueillent les personnes âgées qui présentent une difficulté médicale entraînant une perte d'autonomie et nécessitant un diagnostic, une surveillance ou un traitement.

Cette notion de dépendance, récente, attachée aux personnes âgées, a finalement conduit à les enfermer dans une catégorie spécifique, contribuant ainsi à les exclure de la vie sociale. L'image des mouirois, les procès pour maltraitance et leur médiatisation est extrêmement négative. Alors il semble que cette image agisse sur les représentations de la profession en gériatrie. Selon LHOMME² travailler pour une cause sans valeur ne confère pas de valeur. Sous bien des aspects, il semble que la crainte de côtoyer ceux qui sont porteur des signes de la vieillesse, signes tant rejetés par notre société, où le beau, le jeune et l'actif sont nos modèles, provoque une dévalorisation, un peu comme un jeu de miroir, sur ceux qui les accompagnent.

A tel point que cela se traduit dans certains propos « la gériatrie ne passionne personne et personne ne peut s'y épanouir, alors la seule solution est d'y recruter des contractuels, leur position précaire les contraints à rester fidèles ». « On », pensionnaire et professionnel, entre en gériatrie contraint et marginalisé.

Cette idée semble confortée par les propos tenus par les candidats lors des entretiens de recrutement ou d'affectation. Les candidats expriment une faible motivation voir un rejet pour la gériatrie, le plus souvent sans raisons explicites et claires, ils argumentent leur refus d'affectation en gériatrie par un « pas en gériatrie, je veux un service actif ! », expression renvoyant l'idée d'un secteur oisif ou immobile.

Il est vrai que la prise en charge des personnes âgées est un exercice difficile. Les conditions de travail sont reconnues pénibles du fait d'un quotidien qui amène à côtoyer la souffrance, la fin de vie, la démence, l'agressivité et la culpabilité. Et force est de constater que les postes ne sont pas souvent tous pourvus.

¹ *La place de la gériatrie dans la médecine du XXI ème siècle*. Colloque du 18 mars 2003. La revue de gériatrie. Sup D au tome 28, n°10, décembre 2003, p D1

² LHOMME J-P. L'image du travail gérontologique. Image et représentations sociales. *Gérontologie*. 2004 1, n°129, pp 29-35

Pourtant, la gériatrie recèle de véritables richesses et de réels atouts. Les agents en poste racontent, avec une vive passion, leur plaisir de travailler auprès des personnes âgées et leur volonté d'y rester. La discipline gérontologique se structure et se développe. Les professionnels disposent d'outils spécifiques de management et d'évaluation de la qualité, de formations diplômantes ou non, de revues professionnelles, et de réseaux gérontologiques. La pratique soignante offre une large place au soin relationnel et au rôle propre. Les postes présentent aussi des avantages comme l'attribution d'une prime spécifique. Les politiques de santé publique en faveur des personnes âgées se multiplient avec de nouvelles directives, qui affichent une volonté de soutien à cette discipline.

Malgré cela, les candidatures restent peu fréquentes, la faible attractivité du secteur auprès des professionnels soignants reste prégnante et coûteuse en qualité. Ce déficit est crucial, le besoin en personnel soignant qualifié est capital à plus d'un titre.

D'une part la qualification du personnel est nécessaire et indispensable et les soins auprès des personnes âgées demandent de plus en plus de compétences et d'expertise. Le niveau de dépendance et de poly-pathologies associées est de plus en plus élevé et requiert des connaissances précises.

D'autre part, les postes budgétés sont peu nombreux, les ratios sont moins élevés que dans d'autres secteurs, il n'est pas rare de disposer d'un poste d'infirmière pour tout un service, il est donc d'autant plus nécessaire que ces postes soient pourvus.

L'enjeu est important. Le déficit en personnel est source d'un turn-over, il induit une perte de savoir, des coûts supplémentaires de remplacements, une pénibilité accrue pour ceux qui restent, et une détérioration du climat de travail. Les partenaires sociaux s'en font le relais et l'évoquent régulièrement, en CTE, au CA en présentant le sous effectif comme un problème récurrent, que ce soit en terme de manque de postes budgétés ou par défaut de candidature. Le risque de conflit social semble latent. A force d'évoquer, dans le but de les améliorer, les problèmes rencontrés dans ce secteur (pénurie de professionnels, pénibilité physique et psychologique), les discours s'avèrent paradoxalement produire un effet démotivant pour les regards extérieurs. Cet ensemble inscrit les équipes dans un cercle vicieux de non qualité, marqué par le risque majeur de maltraitance.

Il n'en reste pas moins que, accompagner les personnes âgées dans une période aigue ou chronique de la maladie ou dans une grande dépendance est la mission des équipes pluriprofessionnelles au sein des services hospitaliers de gériatrie. Le directeur des soins est chargé de la coordination de ces activités de soin. La politique en matière de gestion des ressources humaines en gériatrie, et plus largement dans les services de l'établissement accueillant des personnes âgées, est essentielle pour garantir la qualité des soins, mais aussi soutenir les professionnels dans l'accomplissement de leur travail.

Elle amène à se poser la question centrale suivante : Pourquoi le secteur de gériatrie est si peu attractif pour le personnel soignant ? Ce qui sous-entend :

- Quels sont les leviers et les freins à l'attractivité de ce secteur de soins ?
- Quelle place est faite à la gériatrie dans les projets hospitaliers aujourd'hui ?
- Quelle politique de GRH est mise en place ? Et pourquoi ?

Avec les hypothèses suivantes : la gériatrie n'est pas vouée à cette faible attractivité, que le défaut d'attractivité est lié à l'image de la vieillesse, mais aussi à l'image de la gériatrie et que la démarche par projets contribue par sa dynamique à l'attractivité de la gériatrie.

Cette recherche doit permettre de comprendre puis également d'être force de propositions dans une démarche à la fois volontaire et dynamique de collaboration à la politique en faveur des personnes âgées et visionnaire afin de conduire le projet de soin. Il s'agit de répondre alors à : Quelle stratégie pour améliorer l'attractivité du personnel et la fidélisation des compétences en gériatrie ?

Les méthodes utilisées pour aborder ce sujet sont de trois ordres.

D'une part, une recherche bibliographique pour identifier et contextualiser, les éléments d'une politique de gestions de ressources humaines attractives. D'autre part, une enquête sur le terrain auprès des professionnels soignants impliqués, pour enrichir la problématique et recueillir leur perception et leur pratique. Cette enquête utilise des entretiens semi directifs enregistrés puis retranscrits, pour garantir au mieux la singularité et la richesse des réponses tout en restant dans le cadre du sujet, et l'exploitation d'un questionnaire adressé à une équipe soignante. Les entretiens sont réalisés en groupe auprès des étudiants aide soignant et infirmier, et en entretien individuel auprès des directeurs des soins et directeur des ressources humaines.

L'exposé suit trois étapes. Dans un premier temps un bilan sur la place de la gériatrie dans le paysage hospitalier à la recherche des atouts et contraintes de cette activité, et, une exploration des évolutions en matière de GRH pour envisager, à la lumière d'expériences et de regards d'experts, la problématique actuelle de la GRH en gériatrie à l'hôpital. Puis, dans un deuxième temps, une analyse des informations recueillies par l'enquête présente les perceptions, représentations et pratiques des acteurs. Enfin, dans un troisième temps, les leçons tirées de cette réflexion permettent de développer avec créativité des propositions d'actions.

1 La gestion des ressources humaines en gériatrie

1.1 La gériatrie au cœur des hôpitaux

1.1.1 L'offre de soins gériatriques : de l'hospice au projet gériatrique

A) De l'hospice d'hier à la filière gériatrique de demain

L'histoire des institutions pour personnes âgées se confond dans la nuit des temps avec celle des initiatives caritatives. Au moyen âge on distingue l'hôpital pour les malades de l'hospice pour les vieillards. Les hôpitaux généraux, institués en 1656, vont regrouper tous les indigents. En 1777 cette promiscuité est dénoncée et une nouvelle séparation des différentes populations hospitalisées s'opère. La révolution laïcise et étatisé l'organisation des hospices pour «vieillards et infirmes ». La rupture est officielle avec la loi du 21 décembre 1941, l'hospice se spécialise en hébergement social tandis que l'hôpital devient le lieu des soins pour tous. La naissance des centres hospitaliers universitaires, en 1958, ouvre la voix à toutes les spécialités médicochirurgicales et l'hôpital diminue ses interventions dans le domaine social. Les deux secteurs se structurent en parallèle intégrant les notions de démocratie, de qualité, d'évaluation, de tarification. Le secteur social et médicosocial accueille plus de 50% de personnes âgées. Il se transforme en profondeur avec la loi du 2 janvier 2002³. Les hôpitaux se réforment avec un ensemble de textes dessinés dans le projet de l'Hôpital de 2007⁴. Mais les frontières restent ténues entre les deux secteurs, entre maladie et vieillesse, entre soin et hébergement, entre autonomie et dépendance, pour les usagers et les professionnels⁵.

La prise en charge de la personne âgée relève du secteur médicosocial. Les différents modes d'hébergement proposent des services à domicile : portage de repas, aide ménagère...,et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et des solutions intermédiaires telles que les accueils de jour, hébergement temporaires ou de nuit. Ces établissements peuvent être autonomes, privés ou publics, ou rattachés à un établissement public de santé.

C'est la survenue d'un problème médical qui conduit la personne âgée à faire appel aux services du secteur sanitaire. La clôture de l'année internationale en faveur des

³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale

⁴

⁵ AMYOT J-J. Travailler auprès des personnes âgées. Edition DUNOD. Paris. 2^{ème} édition. p 53.

personnes âgées, en novembre 1999, a été l'occasion de retracer les orientations françaises. L'importance du maintien à domicile associé à un maillage de proximité avec la coordination par des réseaux gérontologiques est réaffirmée. Le maintien à domicile, puis la notion de libre choix intègrent tous les discours gouvernementaux successifs.

La nécessité de repenser les moyens financiers et humains est mainte fois soulevée.

Récemment, le 26 mai dernier, Dominique de VILLEPIN, accompagné de Philippe BAS, a présenté un nouveau plan "solidarité et grand âge"⁶ pour les personnes âgées dépendantes. Ce plan complète et précise les objectifs, déjà fixés en 2002⁷, pour organiser une filière gériatrique dans un territoire de santé comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge continue des patients âgés dans une logique de parcours de soin. Il confirme le développement de la gériatrie hospitalière autour du projet gériatrique, avec l'annonce chiffrée de création de places nécessaires. Le suivi et le contrôle de ces mesures sont assurés par une labellisation des filières gériatriques par les Agences Régionales d'Hospitalisation. Cette labellisation conditionne les crédits des établissements sachant que, les CHU, CH, hôpitaux locaux, établissements publics ou privés peuvent faire partie de la filière s'ils répondent au cahier des charges.

Les schémas régionaux d'orientation sanitaire intègre un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées. Cette problématique doit être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les conseils généraux chargés d'élaborer et d'arrêter, conjointement avec les services de l'Etat, les schémas gérontologiques départementaux.

B) Les besoins changent : plus nombreux et plus vieux.

Il faut dire que les besoins de santé ont changés très rapidement.

En 20 ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Cette évolution bouleverse les données actuelles à tel point que l'âge de référence des études épidémiologiques, resté à 65 ans, ne traduit que partiellement la réalité de la population des plus de 83 ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir. En 2010 les personnes de plus de 65 ans seront plus nombreuses que les moins de 20 ans ! A partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci

⁶ Plan Solidarité et Grand Age .27 juin 2006. 39p

⁷ Circulaire DHOS/02/DGS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %⁸.

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques. En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. Le patient gériatrique est décrit comme très vulnérable. Cette fragilité s'explique pour de multiples raisons diverses: des causes sociales ou familiales de solitude, une polymédication, un manque d'énergie, d'envie de se battre, de se plaindre, potentialisé par un sentiment de culpabilité et d'inutilité⁹.

Aujourd'hui, les personnes âgées souhaitent majoritairement demeurer à domicile.

En 2000, sur les 8 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile, plus d'un million d'entre elles avaient besoin d'être aidées dans leur vie quotidienne, à des degrés divers. 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Face à cette situation, deux acteurs, souvent dans l'ombre sont essentiels : les proches et le médecin traitant. Le rôle des aidants familiaux prend, toute son importance. Déterminante, cette aide non professionnelle est lourde de conséquence sur la vie des aidants. Les récentes études parlent de « fardeau » au sens de « l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières »¹⁰.

Beaucoup plus nombreuses, en meilleure santé et bénéficiant d'aides favorisant le maintien à domicile, elles entrent en institution plus tardivement mais aussi plus dépendantes, souvent dans un contexte d'urgence et de non- préparation à ce changement de vie.

A la même date, plus de 600 000 personnes vivent dans des EHPAD ou USLD¹¹. 25% d'entre elles ont plus de 90 ans et 50% souffrent d'une perte d'autonomie majeure. Une mission d'évaluation de la charge de soins au sein de chaque USLD, établissement par établissement, a été lancée par Philippe BAS, afin de mieux connaître les profils et les besoins des patients.

⁸ Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social. Rapport du Conseil Economique et Social présenté par PINAUD M. 2004, n°24.

⁹ *La place de la gériatrie dans la médecine du XXI^e siècle*. Colloque du 18 mars 2003. La revue de gériatrie. Sup D au tome 28, n°10, décembre 2003.

¹⁰ ANDRIEUX S. *Le "burden" : un indicateur spécifique*. Gériatrie et société. n° 89 .juin 1999.

¹¹FHF. *L'hôpital de A à Z*. édition 2004. p 227

C) Mais le dispositif de soins est encore perfectible

Les constats sont inquiétants. Le dispositif global de prise en charge de la personne âgée est déficient et inefficace.

L'offre y est pourtant foisonnante, mais, floue et polymorphe elle manque de coordination. Les réseaux gérontologiques sont trop peu développés (dix pour toute la France) et soulèvent encore, d'après les différentes analyses¹², de nombreuses réticences, médicales principalement¹³.

Le manque et la disparité des effectifs, mais aussi le manque de places et de lits, dans les établissements, USLD et EHPAD, sont décriés dans la presse nationale et professionnelle¹⁴.

L'hôpital n'échappe pas à ce tableau pessimiste et alarmiste. Alors que près du tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus, et ce chiffre progresse, que les séjours hospitaliers présentent des risques particuliers d'installation ou d'aggravation d'une dépendance difficilement réversible, l'offre de soins reste limitée, les modes de prise alternatives, permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont validés, mais leur diffusion reste encore trop circonscrite : sur les 207 unités de gériatrie aigues autorisées, seules 50 sont ouvertes. Le service des urgences reste encore la voie d'accès usuel, et l'absence d'avis gériatrique trop fréquente représente une perte de chance¹⁵.

Un défaut d'engagement des professionnels de santé semble freiner les créations. « La gériatrie est encore considérée comme une discipline mineure »¹⁶ alors quelle est en pleine essor et concerne une population croissante. Il semble persister une « occultation collective » des problèmes de la gériatrie, qui fait que « défendre un projet gériatrique au sein d'une communauté médicale n'est pas facile ».

L'impact financier inquiète et freine certains. Les plus de 80 ans occasionnent 11,9 % des dépenses médicales. Mais une toute récente analyse du CREDES montre que la seule déformation de la pyramide des âges entraînerait mécaniquement une hausse « significative mais non explosive » de 0,9 point de la part du PIB consacrée aux

¹² *Vers quel développement des réseaux gérontologiques en région ?* MIP de santé publique. Animatrice : DEFEBVRE M. ENSP. 2006. 72p.

¹³ Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées. Académie Nationale de Médecine . mai 2005.

¹⁴ La lettre de la Fédération Hospitalière de France FHF. op cit.

¹⁵ L'hôpital de A à Z p 231 op cit

¹⁶ TUBIANA op cit

dépenses de santé entre 2000 et 2020. Une première lecture conclut que l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé est faible¹⁷.

La réforme de la tarification des EHPAD, introduite en avril 1999, couvre un champ beaucoup plus vaste que la simple tarification. Elle comporte de véritables enjeux de santé publique, il semble trop tôt pour en évaluer les résultats. Mais la mise en œuvre de cette démarche, si elle constitue une avancée certaine, ne va pas de soi. Elle induit un changement culturel profond pour beaucoup, gestionnaires, financeurs et soignants.

L'avenir des USLD fait réagir les médecins, gériatres essentiellement, qui pétitionnent avec force. Depuis 1978 ces structures ont un double appartenance : sanitaire par leur statut, leur implantation et leur imputation, et médico-sociale, par la tarification de l'hébergement, elles sont à la fois lieu de vie et de soin. La réforme de la tarification suggère la signature des conventions tripartites et donc le passage des USLD dans le secteur médicosocial. C'est, pour les médecins, une perte de chance certaine pour les patients. Les USLD, « point de passage du sanitaire et du médico-social » représentent une carte majeure du décloisonnement si favorable à la gériatrie comme de la recomposition hospitalière.

Les constats et le "parlé vrai" de Philippe BAS sont salués par la majorité des acteurs. En revanche, le manque de moyens à court terme, et la faible visibilité des financements à moyen terme inquiètent, voire révoltent. Pour certains, le financement de ce plan est sous estimé¹⁸. Et l'articulation entre les plans du gouvernement, les dispositions de la loi du 2 janvier 2002, la réforme programmée de l'assurance maladie, avec la loi de santé publique, la loi de décentralisation, ne semble pas évidente pour tous.

Enfin, la notion de dépendance ne fait pas aujourd'hui l'objet d'un consensus, ni sur sa définition, ni sur ce qu'elle est censée représenter. Elle crée, selon Bernard ENNUYER un malentendu qui s'appuie sur les propos de Emile DURKHEIM, la dépendance, disait-il, est le fait et la vérité de la condition humaine l'on ne peut pas ne pas être dépendant. Depuis une dizaine d'années, c'est la définition médicale de la dépendance qui s'impose et conditionne, sur « un malentendu », l'allocation de moyens.

1.1.2 Les soins gériatriques hospitaliers : un secteur exigeant et enrichissant

A) Une exigence de compétences

La gérontologie désigne l'étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur tous les plans (biologique, psychologique et

¹⁷ GRIGNON M Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé Question d'économie de la santé – *bulletin d'information en économie de la santé*. mars 2003. n°66

¹⁸ FHF op cit

social) et à tous les niveaux de complexité. Elle recouvre quatre aspects en interaction constante : le vieillissement physique, psychologique, comportemental et la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective.

La gériatrie est la «gérontologie clinique». C'est Isaac Nasher qui, aux États unis, emploie le premier le terme de «Gériatrie» en 1909¹⁹. Aujourd'hui c'est une spécialité du présent, une discipline d'avenir qui doit construire et affirmer son excellence²⁰.

Les compétences sont « un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels ...utilisables...dans des situations de travail... »²¹. En gériatrie, elles vont de fait être très spécifiques.

C'est avant tout aider et soigner une personne dont la maladie plus ou moins associée à l'invalidité s'inscrit dans le temps ou la chronicité.

La polypathologie vient ajouter une complexité technique et une richesse scientifique. Le malade est ici multi pathologique, multi déficitaire et multi traité. La charge de travail assumée par les équipes a considérablement augmentée du fait du maintien à domicile voulu et facilité, les patients les plus dépendants et les plus malades s'y trouvent rassemblés²² à l'hôpital. Le défi pour le soignant est d'assurer à la fois des soins techniquement « lourds » et un projet de vie qui valorise les capacités restantes.

Le champ des compétences gériatriques décrit dans les programmes de formation, initiale ou continue ou universitaire, est donc vaste. Les notions les plus significatives portent sur la fragilité, les chutes, l'incontinence, la iatrogénie, la gérontopsychiatrie, la douleurs, la qualité de vie, le travail en réseau et en pluridisciplinarité, la prise de décision, l'autonomie professionnelle, et, de plus en plus, l'éthique. Mais aussi de façon plus originale : les paramètres de la vie en collectivité, le contrat de séjour, l'animation, les animaux de compagnie, les espaces verts....

Le cadre réglementaire de la prise en charge des personnes âgées et celui de la gériatrie s'est enrichi très rapidement et récemment²³ ; il impose des obligations et des devoirs. La charte²⁴ de 2003 est moins explicative en la matière que celle de la FNG de 1997 qui énonçait «le droit d'être traitée avec compétence, appétence et respect de sa condition humaine ». Le savoir gériatrique est explicitement reconnu et attendu, « permettant une

¹⁹ <http://www.sfgg.fr/> Société française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

²⁰ La place de la gériatrie dans la médecine du XXI ème siècle. Colloque du 18 mars 2003. La revue de gériatrie. Sup D au tome 28, n°10, décembre 2003. p D 25.

²¹ DERENNE O. LUCAS A. *Le développement des ressources humaines*. Rennes. ENSP. 2005. Vol 2. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. 445 p

²² Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie. DRASSIF décembre 2005

²³ AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Edition Dunod. Paris. 2^{ème} édition. 235 p.

²⁴ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

prise en charge globale de la personne...fait d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie »²⁵.

D'autre part, au fil des études, enquêtes, articles et actualité judiciaire fleurissent, la gériatrie a construit ses écrits. Ils reflètent les problématiques particulières de la discipline souvent tiraillée entre la liberté individuelle et les pratiques sécuritaires, confrontée aux difficultés comme celles liées aux troubles du comportement.

Dans le même temps les usagers eux-mêmes et surtout leur entourage familial commencent à demander, sinon déjà exiger, une amélioration des services rendus tant à domicile qu'en établissement de santé ou médico-social.

B) Le risque de maltraitements

L'exercice professionnel en gériatrie expose donc à des risques particuliers.

La maltraitance est encore un sujet tabou. Le mot est fourre-tout et peut devenir ambigu et difficile : où commence la maltraitance ? Comment la définir ? La prévenir ?

Certains faits relèvent purement et simplement de la justice, du Code Pénal. D'autres trahissent un manque cruel de formation, de connaissance des bonnes pratiques professionnelles (accompagnement des personnes désorientées, aides à la vie quotidienne, tensions...). D'autres encore relèvent de l'éthique personnelle. Le respect de la dignité de tout être humain : vieux, faible, malade, soignant... semble rester le meilleur rempart contre la maltraitance. La notion de bientraitance, parfois controversée, apparaît çà et là dans la littérature, comme pour porter un regard plus positif.

Les acteurs professionnels parlent aujourd'hui de "maltraitance budgétaire", ils estiment que leurs autorités de tutelle (Etat, conseils généraux) imposent des budgets qui ne leur permettent pas de prendre correctement soin des personnes, notamment en terme d'encadrement et de personnel. Certains ne supportent plus « d'être complices de l'injure faite aux vieux ! »²⁶. Les auteurs décrivent des organisations inadaptées, en perpétuelle crise, sans intimité, avec une proximité permanente, ou chacun subit le rythme de l'autre. Ce climat crée des conditions de travail particulièrement pénible²⁷. Pour l'IGAS, la « maltraitance institutionnelle découle dans la plupart des cas de

²⁵ Circulaire DHOS/02/DGS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

²⁶ *Quelles perspectives pour les métiers de demain ?* l'apport des observatoires de branche. Juillet 2005 collection Qualification & Prospective

²⁷ Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social. Rapport du Conseil Economique et Social présenté par PINAUD M. 2004, n°24. p 18

l'insuffisance de personnel et notamment de personnel qualifié. Le personnel lui-même souffre de ne pouvoir consacrer plus de temps aux résidents »²⁸.

C) Une richesse essentiellement à dimension humaine

L'intervention auprès des personnes âgées se caractérise par la richesse des contacts. Ils s'établissent à partir de la longue relation de celui qui doit vivre avec sa maladie chronique invalidante et de celui qui doit le soigner, l'aider, l'accompagner. C'est établir un lien relationnel durable avec la personne soignée et aidée dans le cadre d'une prise en charge de sa déficience qu'elle soit mentale, motrice, ou des grandes fonctions vitales.

Savoir se faire accepter par l'autre qui vit sa maladie, qui a un comportement opposant ou agressif, qui n'est pas demandeur

C'est aussi l'échange simple qui, au-delà du soin et de ses objectifs structurés, confie à cette relation singulière une richesse, celle de l'intergénérationnelle. Fortes de leur expérience de vie, les personnes âgées aiment partager leur vécu. Certaines d'entre elles se trouvent parfois dans un grand isolement social et leur attente est forte vis-à-vis des intervenants

La richesse des années peut elle effacer le sujet de la richesse monétaire ? Les conditions de travail donnent lieu à compensation salariale. Et, considérant les conditions de travail physiques et morales (tension nerveuse, bruit, promiscuité, amplitude thermique, saleté, inhalations dangereuses, posture fatigante et probabilité d'accident), depuis 1992 une bonification indiciaire est allouée à certaines catégories professionnelles exerçant dans des services avec les anciennes sections de cure médicale alors que ceux qui sont affectés dans des services de gériatrie - soins courants - n'en sont pas encore bénéficiaires.

1.1.3 La qualité de vie, finalité des projets de soins en gériatrie

A) La qualité de vie

Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie. L'OMS en 1993 en donne une définition : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation

²⁸ *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social : l'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne*. Paris; Inspection générale des affaires sociales, 2004, 112 p.

aux éléments essentiels de son environnement. ». De « la bonne santé à tout prix » des années 70, on est passé à une relativisation de l'état physique, mental et social des individus. Actuellement, la "qualité de la vie" est devenue une valeur culturelle.

B) La gériatrie est la « reine » de l'approche globale

S'interrogeant en 2003, sur la place de la gériatrie dans la médecine du XXI^e siècle, les professionnels mettent en avant la plus value de leur discipline. La gériatrie est présentée comme « la reine » de l'approche globale intégrant les aspects somatiques, psychiques et sociaux fondé sur concept de fragilité et reposant sur des capacités de diagnostic de haut niveau clinique²⁹. C'est la médecine de l'homme dans sa globalité.

Cette approche se traduit concrètement dans l'originalité de sa boîte à outils. Quelques exemples significatifs :

Outils d'aide à la décision, à l'observation, l'analyse et la synthèse, le R.A.I."Résident Assessment Instrument" est une méthode d'évaluation globale du résident qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie, pour élaborer un plan de soins individualisé. Elle est bien adaptée à la démarche de soins en gériatrie. La grille A.G.G.I.R est une grille pour la gestion de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Elle permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule. Ce n'est pas une grille de soignants évaluant la dépendance et les capacités restantes dans le but de prendre soin.

L'inévitable outil d'auto-évaluation ANGÉLIQUE, corollaire du manuel d'accréditation de l'ANAES.

Revendiquée par les professionnels, une « trousse de bienveillance » est en cours d'élaboration.³⁰

C) Projet de vie, projet de soin, projet gériatrique : « projeter la vie »

L'entrée en USLD ou en EHPAD, signifie un séjour long, souvent le dernier, en collectivité. Tous les repères de la personne âgée s'écroulent, le temps et l'espace sont à partager. Pour maintenir, préserver la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution, il convient de conserver leur autonomie, leur personnalité, leur histoire, des liens sociaux... donc, de vivre. Pour cela la plupart des institutions s'attachent à développer, pour chaque résident, un projet de vie adapté à son état de santé. Ces projets sont un engagement de tous les intervenants, fruit d'une réflexion associant la

²⁹ La place de la gériatrie dans la médecine du XXI^e siècle. Colloque du 18 mars 2003. La revue de gériatrie. Sup D au tome 28, n°10, décembre 2003. p D.6.

³⁰ Société française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG) <http://www.sfgg.fr/>

personne concernée, l'équipe de soins et la famille. Il nécessite de quitter le vocabulaire de la pathologie pour s'ouvrir à celui des capacités restantes de la personne, et prendre le temps de ne pas faire ou décider à la place de la personne avec toute la difficulté d'appréciation des besoins mais aussi des souhaits dont l'expression est souvent pénalisée par des troubles comportementaux. Son élaboration amène l'équipe à réfléchir à des notions essentielles telles que le vieillissement, le polyhandicap, l'obligation de soins et l'acharnement thérapeutique, les situations d'urgence et le grand âge.

Autre particularité au sein de la filière gériatrique, le projet gériatrique. Les éléments clés du dispositif de développement de la médecine gériatrique hospitalière sont définis autour d'un projet gériatrique formalisé et intégré au projet d'établissement, élaboré avec le soutien possible d'une « commission personnes âgées », associant des représentants des usagers, dans un esprit d'inter établissement, qui élabore un rapport, assorti de recommandations, présenté devant la CME pour rendre compte du degré et des modalités de mise en oeuvre du projet gériatrique.

1.2 La gestion des ressources humaines en gériatrie : un processus

1.2.1 Les métiers du grand âge : des métiers sensibles à traiter de manière spécifique

A) Une politique gouvernementale forte

Pour répondre aux engagements pris dans les plans successifs destinés à la prise en charge de la dépendance, le gouvernement a renforcé ses mesures prioritaires. Entre autres mesures, un volet a pour objectif de combler les postes nécessaires au développement des structures. D'ici à 2007, 21 000 emplois vont être créés. Mais la faible attractivité est reconnue et reliée à un défaut d'information : les chiffres annoncent que 7 jeunes sur 10 ne connaissent pas ces métiers et 3 sur 10 seraient intéressés. L'enjeu est d'augmenter le nombre de candidats en valorisant les métiers dits « du grand âge ».

Un répertoire de métiers et une campagne d'information soutiennent l'action gouvernementale³¹. Les métiers sont présentés comme des professions d'avenir dans un secteur, médicosocial et sanitaire associés, en plein essor. Ils sont destinés au même objectif : le bien être de la personne âgée et le maintien du lien social. La liste de leurs avantages est pléthorique : modes d'exercice variés, nombreux débouchés, nombreuses passerelles, du soin au service à la personne, des « conditions de travail en évolution

³¹ Dossier de presse 14 mars 2006 LES MÉTIERS DU GRAND ÂGE REPARTENT EN CAMPAGNE Ministère délégué aux Personnes âgées

avec des groupes de parole ou des réunions permettant d'échanger, d'analyser les pratiques..., de s'enrichir », des possibilités d'innovation en terme d'habitat, de structure, et aussi des perspectives de promotion vers des fonctions d'encadrement ou par le biais de la VAE. Les atouts de ces métiers sont rapportés et étayés par des paroles de professionnels. Ils mettent en avant la « forte dimension humaine où le dialogue et les rencontres sont particulièrement enrichissants et créateurs de liens intergénérationnels », avec la richesses des échanges et des contacts humains.

Certains métiers émergent dans ce paysage, ce sont les métiers de l'aide et de l'animation. Ils soulèvent corporatisme et débat autour de leur entrée à l'hôpital. L'exemple des AMP, des auxiliaires de vie et des AS est révélateur en ce sens. Il ne paraît pas envisageable de remplacer les aides-soignants par des aides médico-psychologiques mais de permettre à ces deux professionnelles d'oeuvrer ensemble. En effet, les personnes âgées accueillies dans les structures hospitalières aiguës ou d'hébergement sont majoritairement hospitalo-requérantes et nécessitent d'être prises en charge par des soignants bien formés aux soins.

B) Souffrances des soignants

La littérature foisonne d'articles et de rapports qui démontrent la réalité de la souffrance des soignants en gériatrie. En gériatrie, selon LANDRY³², les causes de souffrance sont liées à des éléments qui tiennent à la fois au contexte gériatrique lui-même, aux caractéristiques des soignants qui y travaillent et aux idéologies qui sont véhiculées dans les établissements (lieu de vie, médicalisation...). Il met l'accent sur la situation perçue comme un « enferment et un rejet », une marginalité construite en miroir, par « l'imaginaire collectif », à partir de l'image péjorative des services de gériatrie qui concentrent dans un même lieu les personnes âgées fragilisées et vulnérables : « des sous-soignants pour des vieux devenus encombrants ».

Etre soignant en gériatrie, même si les choses ont évolué, reste méconnu, incompris et peu ou pas valorisé.

C) Un accompagnement des équipes

Face à ces différents facteurs, plusieurs formes de soutien peuvent et sont envisagées. Ils affirment le caractère impératif d'une valorisation et d'une professionnalisation. Chacun, groupes professionnels, syndicats, ministère, ou experts ont trouvé des remèdes à cette souffrance. Tels des catalogues, les solutions sont largement exposées et détaillées, multiples et variées : institutionnalisation de réunions interdisciplinaires, formation intra et

³² LANDRY D. Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement. Gérontologie et société. 1999. n°90. pp 203-220

inter-établissements, lieux de parole, ouverture sur l'extérieur et mise en place de ritualisation autour de la mort et du deuil, formation pédagogique des personnels d'encadrement, accompagnement, tutorat et période d'adaptation pour les nouveaux recrues, compensation des contraintes inhérentes au travail ... la liste n'est pas exhaustive.

Pour reprendre et rejoindre les propos tenus par les soignants eux même, le point central vers lequel semble converger ces plans d'action semble être dans le mot « dignité » : « dignité du professionnel qui a donc le droit d'être considéré avec respect »³³.

Cet accompagnement, réponse à l'épuisement professionnel, est présenté avec l'ampleur d'un enjeu de santé publique³⁴.

1.2.2 Les enjeux de la gestion des ressources humaines

A) La RH à l'hôpital

La raison d'être de la GRH est de mettre à disposition de l'établissement les compétences requises pour réaliser ses missions. La conception de la gestion des ressources humaines oscille entre deux regards selon que l'on considère qu'elle est coûteuse (70% des dépenses d'exploitation sont consacrées au personnel) ou que le personnel constitue un investissement, la richesse essentielle et potentielle de l'entreprise. Dans les deux cas, le sujet est d'importance d'autant que le contexte est de plus en plus contraint, donc plus propice à l'action.

D'une part, les nécessaires économies incitent d'emblée à porter le couperet sur la plus importante ligne budgétaire. La mise en place de la nouvelle tarification à l'activité semble renforcer cette tendance. De plus, face à la pénurie de professionnel de santé de toute catégorie, la concurrence du secteur privé, du secteur médicosocial et de l'aide à domicile joue sur le marché de l'emploi auprès des personnes âgées paraît réelle. D'autre part, la richesse de l'entreprise-hôpital s'évalue désormais dans une nouvelle logique de qualité et de résultat. Les démarches de conventionnement, d'accréditation puis de certification, avec l'évaluation des pratiques professionnelles, introduisent et font une large part au développement et à la qualité du management des RH.

L'hôpital doit s'adapter et revoir ses pratiques. Dans l'ensemble de la fonction publique, le sujet fait l'objet de travaux depuis quelques années³⁵. La réflexion autour des métiers

³³ La Charte des professionnels en gérontologie .Elaborée par l'Institut de gérontologie du Limousin, assisté par la Fondation nationale de Gérontologie avec le soutien de la DRASS du Limousin et de la CRAM du Centre Ouest. p 6

³⁴ AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Edition Dunod. Paris. 2^{ème} édition. 235 p.

dans les établissements publics date de la circulaire Rocard 1989 avec la notion de démarche métiers, d'outils et de référentiels. Dans le secteur hospitalier le guide méthodologique GPEC en 1998 suivi des référentiels ANAES trace le chemin de la création en 2002 de l'Observatoire des emplois et des métiers hospitaliers avec en 2005 le répertoire des métiers.

Les nouvelles démarches reposent sur une logique plus dynamique, volontaire et anticipatrice indispensable pour prévoir les compétences de demain, l'accompagnement des projets individuels et collectifs, la préservation de la santé au travail, et le développement de politiques sociales. Les notions de compétences, de projet professionnel, de tableaux de bord se conjuguent au mode hospitalier et soignant.

Des outils s'imposent. La GPEC, tient une large place dans la littérature, elle apparaît aujourd'hui « comme la pierre angulaire du développement des ressources humaines à l'hôpital »³⁶. Son impact sur la prise de conscience des problématiques lui confère un atout majeur en terme de mobilisation fédératrice et d'implication individuelle et collective.

B) Le recrutement revisité et contractualisé

Selon le code du travail, le contrat de travail s'entend comme une convention par laquelle une personne s'engage auprès d'une autre à mettre sa force de travail à la disposition de ce dernier pour accomplir une prestation, sous sa subordination, en échange d'une rémunération.

Le pouvoir de nomination appartient au directeur de l'établissement, en pratique la responsabilité des recrutements est déléguée au DRH, il peut aussi déléguer la procédure pour certains postes, comme les postes non médicaux soignants souvent confiés aux DS. Certains établissements ont recours à un psychologue ou à des chargés de mission, cadres administratifs ou cadres de santé, pour y participer, selon des protocoles prédéfinis. Cette délégation s'inscrit et questionne de plus en plus dans la logique de contractualisation interne dans le cadre de la mise en place des pôles médicaux et administratifs.

Le recrutement est un acte majeur, c'est un investissement lourd. Il doit suivre des procédures statutaires particulières pour chaque corps. Mais son succès repose surtout sur les qualités du recruteur et des outils utilisés en cohérence avec la politique de GRH de l'établissement. De plus, par la nature même de la fragilité des personnes âgées, il y a lieu d'éviter de placer auprès de ces publics les salariés les moins expérimentés. Le

³⁵ *L'approche « métier » dans le respect d'une fonction publique de carrière* journée d'étude que la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et l'Observatoire de l'emploi public ont organisée. Paris, le 26 mars 2003

³⁶ DERENE op cit

processus de sélection constitue, à cet égard, véritablement une étape délicate et qui nécessite une attention particulière, afin d'éviter tout risque futur.³⁷

L'intégration est l'une des sources de fidélisation. Après un recrutement externe ou interne, l'accueil du nouvel agent dans l'institution et dans le service constitue la phase de consolidation du recrutement et conditionne son succès. Le protocole d'accueil permet de faciliter la prise de fonction, réduire la période d'apprentissage et de garantir l'efficacité professionnelle recherchée. Plusieurs modalités existent, les plus fréquentes sont le livret d'accueil, la journée institutionnelle d'accueil et le tutorat. L'intégration par le tutorat est actuellement très préconisée comme on le voit pour les nouvelles infirmières en psychiatrie.

C) Face à la pénurie, la GRH change

Mais le recrutement n'est possible que si les candidatures se présentent ! La pénurie de main d'œuvre frappe certains secteurs d'activité dits à haute valeur ajoutée comme la banque, les télécommunications et l'hôpital aujourd'hui. Pour aborder cette situation préoccupante de pénurie, les solutions toutes faites n'existent pas. Les outils traditionnels ne suffisent plus. L'entreprise est désormais logée à la même enseigne alors que le marché du travail se tend. De plus en plus, pour attirer et conserver les meilleurs profils, l'entreprise doit se vendre, charmer avec sa politique

De ce fait, elle doit s'intéresser à ce qu'est le professionnel et lui donner les moyens d'obtenir du « plaisir ». Elles ont été amenées à développer un concept de « client » pour cerner les attentes et aspirations de ses collaborateurs.

Ces éléments d'attractivité et de fidélisation sont nouveaux. Les attentes vis-à-vis du travail ont évolué vers un épanouissement, une compatibilité vie privée-vie professionnelle, des relations hiérarchiques basées sur la compétence et un management convaincant. Le rapport à l'entreprise s'est modifié et repose maintenant sur des obligations mutuelles, la fidélité n'existe pas de fait et doit être conquise.

Trois notions, selon les managers³⁸, contribuent à une attitude de fidélité à l'entreprise : la motivation, la satisfaction et l'engagement.

WEINBERG A.³⁹, dans une approche pluraliste de la motivation, dégage deux idées fortes : les facteurs de la motivation sont multiples, ni individuels ni liés à l'organisation et ils évoluent dans le temps.

³⁷ PINAUD op cit 159

³⁸ MERKLING J. La motivation dans l'entreprise. *Gestion Hospitalière*, décembre 2002, p 804.

La satisfaction renvoie aux théories de MASLOW ou celles de HERZBERG. Les facteurs motivationnels sont liés à la tâche et à l'épanouissement après la réussite ou à travers les responsabilités.

L'engagement, l'« appartenance » à une entreprise fonde, selon SAINSAULIEU R.⁴⁰ avec la réalisation d'« une œuvre » et d'« une trajectoire », la reconnaissance de soi et une construction positive de soi aux yeux des autres.

Le salaire quant à lui, s'il est encore une condition nécessaire, n'est plus le seul moyen de fidéliser. Les salariés sont devenus plus « affectifs que gestionnaires », le désir d'être « reconnu et aimés » par leur entreprise est plus moteur. La satisfaction est l'élément central⁴¹.

Face à ces changements où se marient pénurie et défaut d'attractivité, les recruteurs adaptent leurs stratégies. Elles peuvent porter soit sur la mobilité externe, soit sur la mobilité interne. Dans tous les cas, il s'agit de développer l'attractivité, notamment par la communication sur les métiers et l'ajustement de l'offre de formation initiale. Cela peut nécessiter également une recherche sur l'identité professionnelle de certains métiers. Et également développer la mobilité promotionnelle, c'est-à-dire la possibilité pour les salariés de passer d'un métier à un autre avec un niveau de qualification supérieur. Le plus souvent, ces stratégies conjuguent les deux approches dans le cadre de projets collectifs facilitant la gestion des compétences et la mobilité promotionnelle des salariés.

Concrètement quelques démarches originales sont plébiscitées par les DRH du secteur de l'entreprise. C'est essentiellement l'accompagnement par le parcours professionnel et l'évaluation qui permet d'afficher l'intérêt porté à l'autre, de l'écouter et de mettre en évidence ses performances, il permet de changer son regard. Mais aussi la nécessité d'offrir différents espaces de choix : « l'entreprise à la carte »⁴² permet au recruteur de se rapprocher du projet personnel de chacun. Enfin, veiller au climat social, à l'atmosphère qui règne et au charisme du chef, à la hiérarchie de proximité est un atout.

³⁹ LEVY-LEBOYER C. Le cœur à l'ouvrage. Les ressorts de la motivation. *Sciences Humaines*. N°92.mars 1999. p23/57.

⁴⁰ SAINSAULIEU R. La construction des identités au travail. *Sciences Humaines*. Hors série n°20.mars-avril 1998.p41-47.

⁴¹ ARVEILLER D La fidélisation des salariés : une tentative de réponse à la pénurie de main d'œuvre. *Cahiers du DRH*. éditions LAMY. n°36.

⁴² CERDIN J-L. PERETTI J-M. Fidélisation des salariés par l'entreprise à la carte. janvier février mars 2005. n°55.p2

1.2.3 Un enjeu de la politique hospitalière : dans tous les discours

A) Une pénurie connue et reconnue

L'effectif concerné est conséquent. Il existe en 2005 plus de 10 000 EHPAD, offrant près de 670 000 places : 50 % sont publics. Ces établissements gèrent 300 000 emplois, environ 78 000 aides-soignants, 24 000 infirmiers et agents de services ou animateurs.

La sous-qualification représente parfois jusqu'à 60% des effectifs AS pourvus par des ASH, ces conséquences en terme de qualité et de reconnaissance sont lourdes et ne peuvent être ignorées.

Dés 1999 la nécessité de repenser les moyens humains et financiers est évoquée. Bernard KOUCHNER annonce en 2002 un programme de « prévention et d'organisation des soins pour les personnes fragiles », avec le renforcement de la formation à l'exercice médical de la gériatrie et le dessin de la filière gériatrique mais peu d'éléments précis relatifs aux effectifs.

L'été 2003 amène le gouvernement à réagir avec l'adoption en novembre du « plan vieillissement et solidarité », stigmatisé par la « journée de solidarité », et le « plan gériatrique ». Ces mesures sont centrées sur l'augmentation des places en EHPAD et à domicile. Le plan « Vieillesse et Solidarité » prévoit la création de 15 000 postes d'aides soignants au sein des établissements et de 3 500 emplois d'infirmiers et aides à domicile. Elles sont jugées insuffisantes.

Le rapport PINAUD en 2004, puis celui de l'IGAS, traduisent l'intérêt porté désormais au problème des ressources humaines en gériatrie. La pénurie commence à se chiffrer. Plusieurs données sont disponibles : un poste d'infirmier ou d'aide-soignant sur quatre vacant faute de candidats⁴³.

En 2004, la formation du personnel à la prise en charge de la personne âgée est qualifiée d'essentielle et doit être adaptée à la spécificité de la population accueillie. En mai, le Conseil d'Etat décide de lancer un programme de promotion des professions de la santé, destiné à améliorer l'attractivité des conditions de pratique et l'image de ces professions dans le but d'augmenter l'intérêt des jeunes en quête d'un choix professionnel, de faciliter la réinsertion des soignants qui ont cessé leur activité et de fidéliser le personnel en place. En effet, comme le relève un rapport réalisé pour le Conseil international des infirmières en 2004, « la « pénurie » n'est pas uniquement une affaire de chiffres ou de conformité à un modèle économique...il ne manque pas d'infirmières aptes à exercer leur profession, mais d'infirmières acceptant de travailler dans les conditions existantes...il s'agit de trouver des arguments pour les faire entrer sur le marché ... et y rester.. ».

⁴³ PINAUD op cit 144

En 2006 la pénurie figure au menu du salon infirmier, les solutions mises en place dans certaines régions sont exposées et « laissent entrevoir leur espoir ».

Puis, « c'est un effort sans précédent » qui est annoncé avec, en avril 2006, la publication du « programme pour la gériatrie » suivi de l'annonce en juin du « plan solidarité et grand âge ». Le premier s'intéresse au parcours du patient âgé à l'hôpital, le second comporte deux volets, l'un destiné aux EHPAD et au domicile, l'autre à l'hôpital. L'un et l'autre abordent largement le problème du personnel.

B) Aujourd'hui : une mosaïque de mesures concrètes

Les principales mesures en faveur de l'attractivité et la fidélisation dans les services accueillant des personnes âgées peuvent se résumer ainsi.

Les logiques qui soutiennent les mesures sont différentes et complémentaires. Une logique de libre choix et de qualité de vie pour le « plan solidarité et grand âge » et une logique de filière gériatrique et de réseau gérontologique pour adapter l'hôpital au public âgé avec le développement de la médecine gériatrique.

Chaque secteur voit ses effectifs ajustés. Les EHPAD, qui ont déjà bénéficié en moyenne d'une augmentation de 7 à 8 personnel dans le cadre des conventions, se voient proposer un ajustement des effectifs en fonction d'une «évaluation individualisée des besoins en soin », pour passer d'un ratio, tous personnels confondus, de 0,57 à 0,65 ETP par résidents, voir 1 pour 1 pour les personnes les plus dépendantes. Les moyens des USLD seront adaptés en fonction de la charge en soin évaluée par l'outil PATHOS. Chaque unité de la filière gériatrique, pour être labellisée par l'ARH, doit répondre à un cahier des charges qui fixe le nombre de lits et les ratios d'IDE et d'AS. Pour exemple, les UGA sont dotées d'1 ETP IDE et 1 ETP AS pour 10 lits. L'objectif est de recruter et former 6 000 postes soignants et paramédicaux en plus. Au total entre 2005 et 2015, les chiffres avancés sont entre 342.000 et 360.000 postes qui seront à pourvoir.

Il est à noter que le temps nécessaire à une réflexion en équipe doit être intégré. L'épuisement professionnel est pris en compte dans le cadre de la prévention de la maltraitance. Les recommandations visent à « mieux contrôler l'embauche » et à expérimenter un dispositif de conseil par téléphone destiné au personnel.

Enfin une bonification indiciaire vient valoriser les formations diplômantes suivies par les AS et les IDE.

C) Des difficultés de mise en oeuvre

Mais le combat de l'attractivité ne semble pas si évident. Les plans prévoient et évoquent explicitement des difficultés. La concurrence avec les nouveaux métiers et le secteur social.

Les réticences médicales face à la transformation de lits en lits gériatriques.

Le manque d'outils fiables et reconnus pour l'évaluation individualisé des besoins en soin

1.3 Les facteurs d'évolution : regard d'experts et retour d'expériences

L'identification de ces facteurs d'évolution s'appuie sur le regard des experts et le retour d'expériences rencontrées à partir de plusieurs travaux :

- une démarche de type benchmarking auprès des établissements visités lors des stages : un établissement pilote dans la prise en charge des personnes âgées, un institut universitaire gérontologique Québécois
- une étude de la démarche de tutorat en secteur psychiatrique
- un séminaire inter école sur le vieillissement et le lien social
- un travail sur les réseaux gérontologique en module inter professionnel
- une analyse des expériences menées en région, en France ou à l'étranger

Un bilan est réalisé quant aux limites, aux facteurs de succès et aux impacts des projets mis en place. Ces thèmes seront recherchés lors de l'enquête.

1.3.1 Le regard d'une équipe

A) L'exploitation de l'enquête

C'est à travers des extraits d'une revue interne et les résultats partiels d'une enquête que nous avons menée auprès d'une équipe soignante du secteur USLD et EHPAD de près de 500 lits d'un CHU que le regard des professionnels est exploré à la recherche des facteurs d'attractivité ou de fidélisation.

Ce projet traduit l'intérêt de la direction pour ce sujet. La mission a été confiée au DRH et à un DS de mener un groupe de travail associant les partenaires sociaux et les équipes. Parmi les objectifs du groupe, figure la volonté de donner la parole aux soignants ; c'est pourquoi le choix méthodologique s'est porté sur la réalisation d'un questionnaire⁴⁴ relativement exhaustif adressé à l'ensemble des personnels AS, ASH, CS et CS, soit plus de 250 personnes. A ce jour 160 questionnaires sont en cours d'analyse.

Ce mémoire est l'occasion d'exploiter une partie des réponses⁴⁵ avec un autre angle que l'approche institutionnelle.

B) Jeunes, peu fidèles, fatiguées et attachées à la relation

Le portrait de l'équipe est plutôt celui d'une équipe jeune puisque seuls 20% ont plus de 46 ans alors que, par exemple, la moyenne nationale pour les IDE est de plus de 30%. Cependant les IDE ont une durée de vie professionnelle plus courte que les AS qui sont en nombre plus important au sein des équipes en gériatrie.

⁴⁴ Annexe n°1

L'équipe est également jeune professionnellement puisque 46% ont moins de trois années d'expérience.

Parmi les 131 réponses, un peu plus de 50% envisagent de rester mais 47% ont un autre projet. Pour illustrer ce chiffre, le taux national d'IDE qui pensent quitter la profession est d'environ 15%⁴⁶.

Le motif avancé pour expliquer ce souhait de départ est la fatigue, physique ou psychologique, à 30% puis vient la recherche d'une autre expérience pour 28% des agents. Alors que l'image de la gériatrie n'est retenue comme motif de mutation qu'à 4%.

Le « contact » arrive en premier facteur de satisfaction avec un taux de 70%, ce qui est très supérieur à tous les autres items. L'intérêt du travail tient une place importante. Les conditions de travail ont une position ambiguë. L'animation est une relative source de satisfaction.

Les améliorations portent en priorité, 69% des réponses, sur le nombre de soignants. La qualité du matériel est très souvent évoquée. Le travail en équipe ne semble pas satisfaisant pour 30% des agents. Le parcours professionnel est lui aussi sujet à amélioration.

C) Satisfactions et regrets : les mots pour le dire

Pour ces professionnels, la relation, le réconfort, et la réassurance sont des priorités :

"Ce qui est important pour moi, c'est d'apporter du bien être, répondre à leurs besoins, à leurs envies; Mais c'est aussi partager de bons et de mauvais moments. Ce que je veux, c'est les rassurer, les entourer, les réconforter"

Le lien est important aussi : *"En m'occupant des personnes âgées tous les jours, je rentre petit à petit dans leur vie privée, ils se confient. J'ai l'impression de leur être utile. Il naît une complicité entre nous"*

Et surtout l'investissement au quotidien : *"L'investissement de tous les jours, cela crée des liens. Nous faisons partie de la famille. Je travaille en gériatrie depuis dix ans et je ne veux pas laisser mon poste. La personne âgée a besoin de repères, nos voix qu'elles reconnaissent, nos gestes qui les rassurent (...) Il faut bien les connaître pour les aider à préserver leur autonomie".*

Les AS, nombreuses dans cette filière, sont très respectueuses de la personne âgée et de ses habitudes de vie : *"La génération de 80 ans est très pudique, autrefois le rapport à l'autre était différent, pas de maillots de bain..."* *"Le rôle de l'aide soignant ? 10 toilettes, les pieds tous les jours (...)* Mais, il faut savoir laisser les pieds pour être avec la

⁴⁵ Annexe n°2

⁴⁶ Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT. CAILLARD JF. ESTRYN-BEHAR M. janvier 2004. p6/65.

personne. Pour elle, la toilette est secondaire (...) L'habitude, c'est le lavabo et les bains de pieds. Il vaut mieux rester 15 minutes avec quelqu'un qui n'a pas le moral et qui est perdu."

Ils demandent à avoir plus de temps pour s'occuper mieux de la personne âgée : "Moi, je trouve que c'est choquant la rapidité avec laquelle il faut faire les toilettes. Quand j'étais stagiaire, j'avais 3 résidents à prendre en charge; Le premier jour après mon diplôme, j'ai dû faire 10 toilettes, il fallait aller vite, ça c'est dur ! Une personne âgée qui n'a pas envie de se lever, qui n'a pas bien dormi, on essaye de gérer. Mais souvent, on ne peut pas, il faut servir les petits déjeuners".

Ce sont de vrais professionnels compétents et responsables : "Il ne faut pas s'imaginer, comme certains, qu'être infirmier en gériatrie cela consiste juste à distribuer les médicaments, loin de là ! Au contraire, nous dispensons beaucoup de soins techniques : perfusions, pansements, sondages urinaires, sondes gastriques, prise de sang, aérosols,... un bon niveau est donc indispensable." "Le rôle propre est très important. Il faut savoir dépister les signes cliniques rapidement afin de pouvoir prévenir tout de suite le médecin en cas de problèmes ou de complications." "Il faut être au clair avec toutes les pathologies, bien souvent nos patients ont des pathologies multiples et il faut savoir tout prendre en charge."

Les uns ont choisi de venir en gériatrie, d'autres ont choisi d'y rester : "C'est moi qui ai demandé à venir travailler en gériatrie et j'en suis très contente. Au début, c'était pour une période de deux ans mais maintenant je n'ai aucune envie d'aller travailler ailleurs", "J'ai d'abord été aide soignante puis j'ai fait mes études pour devenir infirmière. Dès ma deuxième année d'étude, j'ai décidé de demander un poste en gériatrie."

Enfin, même s'il faut de "la patience", de "l'énergie", "un bon équilibre personnel" et de "la maturité" pour travailler en gériatrie, tous s'accordent à dire que c'est aussi très enrichissant sur le plan professionnel comme sur le plan personnel. Ils éprouvent une grande satisfaction dans leur métier, satisfaction d'apporter joie et réconfort que les personnes âgées leur rendent par leur reconnaissance, leur affection et leur confiance.

1.3.2 Retour d'expériences : ça marche ?

A) Le marketing en ressources humaines

Devenir un employeur attractif est devenu le maître mot dans bon nombre de secteurs d'activité. L'aéronautique, l'éducation nationale, l'artisanat, l'assurance, l'hôtellerie, la recherche et bien d'autres, se penchent sur les causes de la désaffectation des jeunes et cherchent des solutions pour les séduire. Le marketing en ressources humaines fait son apparition.

Mais : Que veulent les jeunes ? L'Association Jeunesse et Entreprises (AJE) a conduit en 2002 une grande enquête nationale auprès des lycéens et des entreprises. Il s'agissait de

confronter les projets professionnels des jeunes de première aux attentes des entreprises en matière de métier, de qualification et d'emploi. L'enquête distinguait les 29 grands domaines d'activité et, au sein de ceux-ci, plus de 240 métiers différents⁴⁷.

Quelques points retiennent l'attention : travailler par vocation ou par passion n'est plus du goût des 15/25 ans, cette évolution sociétale et culturelle se traduit par un «zapping professionnel », et une difficulté à choisir, des hésitations face à un manque de lisibilité des entreprises.

Plus ciblés sur les métiers du grand âge, la campagne ministérielle de communication rapporte les échanges des équipes avec les étudiants, ils sont eux aussi très riches d'enseignements⁴⁸. L'impact de la formation initiale et des stages semble important pour diminuer l'appréhension face aux personnes âgées et augmenter l'attrait de ces filières.

Fort de ces constats, les entreprises tentent de s'adapter. Les articles sur les nouvelles stratégies sont nombreux, quelques points communs ressortent.

Il paraît essentiel d'en un premier temps de suivre les tendances des métiers, s'adapter aux transformations, être réactifs, adopter un état de veille permanente en GRH centrée sur les compétences.

Face au reproche de faible visibilité, les campagnes de communication sont mises en avant pour « se vendre, donner envie, renforcer l'image de marque ».

Mais cette communication ne peut se faire qu'avec un travail de valorisation des métiers qui fait l'unanimité pour « redonner de la dignité aux métiers et aux professionnels » et réduire l'écart entre la méconnaissance ou l'imaginaire et la réalité du terrain.

Ces démarches présentent un intérêt double, elles permettent d'emblée de toucher les deux publics ciblés : les jeunes ou les candidats externes et les salariés de l'entreprise.

Et les moyens utilisés pour recruter démontrent l'inventivité des entreprises pour trouver le salarié compétent !

Pour ne citer que les plus originaux, ce sont les blogs qui font la une des revues spécialisées en management. Les expériences hospitalières se développent puisqu'un directeur d'hôpital présentait récemment sur les ondes son blog destiné à favoriser les échanges directs et précis. Les chats, et les blogs se veulent être « un média relationnel par excellence et un support pour communiquer sur l'environnement, la culture et les valeurs de l'entreprise... Tout sauf de la réclame ».

⁴⁷ M. Bernard F. Synthèse des résultats de l'enquête "*Lycéens et entreprises face à l'évolution des métiers*", réalisée par l'Association jeunesse et entreprises en 2002, www.jeunesse-entreprises.com

⁴⁸ <http://www.personnes-agees.gouv.fr>

Les séries télévisées sont aussi un nouveau support pour diffuser une image plus valorisante d'un métier. Les métiers de la santé et ceux du grand âge ont fait l'affiche à travers de nombreux reportages.

Les liens entre les entreprises et les organismes de formation font partie des mesures largement soutenues. Chacune des expériences en ce sens traduit l'intérêt majeur de construire ces échanges entre formateurs et professionnels. Ils permettent un témoignage gratifiant et une découverte enrichissante. Développer la connaissance par les enseignants de la réalité de l'entreprise permet de lisser les écarts. Le ministère de l'éducation suggère que « les enseignants deviennent aussi de véritables « porte paroles » sur les métiers offrant des débouchés.

Cette communication oblige l'employeur à travailler sur son profil, ses valeurs, sa gestion des relations humaines, avec transparence et objectivité, au risque de se discréditer et voir ses efforts anéantis par la désillusion qu'il aura créée.

B) Les expériences hospitalières commencent à s'afficher.

Celle des « Magnet Hospitals » est sans doute la plus réputée. Le mode d'organisation de certains hôpitaux, appelés les « Magnet Hospitals » avait pour caractéristique de fidéliser leurs professionnels infirmiers. Des recherches ont montré que le « magnétisme » semble lié à certains indicateurs statistiques positifs, notamment le faible taux d'absentéisme et de rotation du personnel, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins prodigués. Cet état de fait est imputable à l'application constante d'un véritable "paquet" de mesures de gestion des ressources humaines parfaitement en phase avec les priorités organisationnelles. Ces mesures favorisent l'autonomie des infirmières, leur participation aux décisions ainsi que leur progression professionnelle, et permettent enfin le plein épanouissement de leurs aptitudes.

Plus de 25 expériences sont retracées et partagées sur le site c2rsanté⁴⁹ qui, à l'initiative de l'ARHIF, permet une mutualisation de pratique et d'information. Il n'est pas possible d'en faire une présentation exhaustive. Cependant il apparaît nettement quelques tendances. Le sujet est bien d'actualité et plus encore pour les services de gérontologie. Les facteurs de succès résident, sur un plan méthodologique, dans l'engagement de l'équipe de direction et, souvent l'implication des instances, la méthodologie de projet et le mode participatif et la spécificité du plan d'action adapté au contexte. Sur le fond, la création de liens nouveaux entre les différents acteurs (mairie, IFSI, ..), le développement

⁴⁹c2rsanté www.c2rsante.fr centre régional de ressources sur l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé

d'outils de GRH (profil de poste, livret d'accueil, projet d'encadrement...) et l'amélioration des conditions de travail sont les principaux axes d'amélioration. Les résultats sont exprimés à travers le niveau de satisfaction des personnels et quelques chiffres confirment un progrès dans les effectifs pourvus.

La situation du secteur psychiatrique mérite une attention particulière. Non seulement du fait que vieillesse et folie soient chacune porteuse d'une image potentiellement dévalorisante aux yeux des recrutés et des recruteurs, mais aussi parce que les nouvelles IDE exerçant en psychiatrie font l'objet d'un tutorat⁵⁰ ad hoc précisé par une circulaire de janvier 2006. Intégrée au « plan psychiatrie et santé mentale », ce tutorat doit permettre d'adapter les compétences, d'améliorer l'accueil et l'adaptation et renforcer l'attractivité et la fidélisation. Un appel à projet propose un accompagnement financier. Il comprend trois axes : la formation des IDE fondée sur une méthode réflexive de consolidation et d'intégration des savoirs et des pratiques, l'organisation d'un tutorat appuyé sur un politique institutionnelle impliquant la direction, le corps médical et les instances, et la formation des tuteurs eux-mêmes.

C) Pour quelle efficacité ?

Sans doute parce que encore trop récentes ces démarches font rarement l'objet d'un bilan et leur efficacité n'est que très peu présentée.

Le modèle canadien semble également intéressant par la place donnée à la santé publique et à la personne âgée dans le système de santé. Mais là aussi, il semble que la gériatrie ne soit pas « glamour » comme aime à le dire nos consœurs montréalaises, cadres et directeur de soin d'un établissement dédié à la gériatrie et à la recherche en sciences infirmières universitaires en gérontologie. Postes vacants, soucis d'absentéisme, et autres indicateurs sont dans le rouge malgré une politique de communication forte, la diffusion et publication des travaux de recherche infirmière et les liens entre l'institut et l'université.

1.3.3 Recherche de sens et lien social

A) Une médicalisation indispensable, nécessaire ou excessive ?

La prise en charge médicale des personnes âgées est particulièrement « distordue »⁵¹ estiment les spécialistes qui, confrontés à la polyopathie et à la grande dépendance du

⁵⁰ Circulaire N°DHOS/P2/O2DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

⁵¹ RIDELL CS. Le piège d'une médicalisation excessive. Traduction de BRENIER P.

grand âge, se questionnent sur la place et l'efficacité de la médecine moderne qu'ils qualifient de « mal conçue » et de l'hôpital déconseillé aux personnes âgées. Alors, les patients actuellement hospitalisés en USLD relèvent-ils du secteur sanitaire? S'interrogent les gériatres face à la procédure de conventionnement qui conduit à la disparition de ces unités du secteur sanitaire et remet ainsi en cause leur perception de leur rôle. N'est-il pas plus important de consacrer du temps à soulager leur douleur et assurer leur bien-être que de traiter, avec des effets secondaires possibles, une hernie hiatale chez une femme de 80 ans sachant que les trois quarts en sont porteuses?... le débat médical semble lancer à la recherche d'un nouveau sens autour de la question de « que voulons nous faire ? », « faut-il ou pas médicaliser la vieillesse ? »⁵².

Autre éternel débat, celui sur le bien fondé du « maintien à domicile » ou de « l'hospitalisation » n'est pas évité. Les politiques publiques favorables au « maintien à domicile » conçoivent ce dernier comme limité au « plus longtemps possible » et préalable à un « placement » désigné comme inévitable. À la période du tout placement (des personnes handicapées, âgées, malades mentaux, etc.), succède celle d'une liberté de choisir son mode de vie et en particulier de pouvoir vivre sa vieillesse et son handicap en privé. Cette tendance risque de positionner l'hôpital et le domicile en rivaux.

Les débats s'annoncent riches quant à la rédaction du projet gériatrique, des projets médicaux et des projets de soin dans un esprit de filière, de réseau, de complémentarité et de multidisciplinarité.

B) Sens et enjeux éthiques en gériatrie :

Travailler en gériatrie interpelle l'éthique comme le titre B. LEFLOC'H⁵³. De nombreux groupes de travail réfléchissent et débattent de ce sujet. Les principes d'éthique renvoient aux fondements des Droits de l'homme, aux valeurs, aux déontologies et bonnes pratiques professionnelles, notamment dans le secteur de la gériatrie. L'éthique cherche ce qui est raisonnable pour répondre à un besoin précis d'une personne. Des soins raisonnables sont ceux qui aident à mieux vivre, qui sont cliniquement efficaces, qui sont plus bénéfiques que nocifs, qui ne sont pas disproportionnés et qui visent, là encore, une qualité de vie. Cette notion de qualité de vie est relative à l'histoire de vie du malade, aussi faut-il que les soins prodigués soient le fruit d'une décision commune des soignants et du soigné. Les législations et différentes chartes existent mais se conjuguent

⁵² *Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées*. Académie Nationale de Médecine rapport de TUBIANA M. mai 2005.p4.

⁵³ LEFLOC'H B. Travailler en gériatrie : l'éthique interpellée ; *Soins Gériatriques*. 2002. n°38. pp35-39

difficilement au quotidien: comment les faire vivre ? Comment les rendre accessibles aux professionnels de terrain, aux décideurs, aux malades et aux familles et leur permettre d'en intégrer les valeurs ? Ce sont les questions que débattent actuellement les journées ou les espaces éthiques qui se créent çà et là. L'enjeu éthique est grand : aide ménagère ou directeur, auxiliaire de vie ou médecin, infirmière ou agent hospitalier, tous auront quotidiennement à prendre des décisions pouvant retentir sur le vécu, la qualité de vie, la santé de l'autre.

C) Lien social et vieillissement

L'esseulement des personnes âgées a été, la encore, l'une des révélations de la canicule de 2003. La problématique du lien social et de la solidarité est devenu le sujet des politiques de santé. Cette notion repose sur la perte progressive des liens interhumains (enfants éloignés, relations professionnelles rompues,...) qui isole et s'aggrave avec l'usure des capacités sensorielles et motrices, c'est là, comme le suggèrent K.CHAUVIN et B.ENNUYER⁵⁴, une des nouvelles priorités que de chercher à créer ce lien.

Donner un sens, un but à leur vie, occuper utilement leur temps sont des moyens éprouvés permettant aux personnes âgées de rester intégrées dans la communauté et de ne pas vivre la vieillesse comme une attente de la mort.

Comment réactiver ces liens en hébergement, en hospitalisation ou à domicile ?

Au contact des personnes, des familles, dans les domiciles privés, les professionnels sont des témoins confidentiels des parcours de vie vécus et confrontés à la maladie, aux incapacités, au grand âge, à l'isolement, à leur mort. Parler, se souvenir, est un stimulus cérébral. Créer du lien devient un soin.

C'est aussi et bien sûr par le biais l'animation sociale qui propose des pistes de réponse à ces pertes de rôles pour réactiver ces fonctions disparues et redonner sa place au plaisir. Les projets d'animation d'aujourd'hui vont dans cette direction : lutter contre la raréfaction des liens familiaux et sociaux, faciliter la réalisation de certains rôles (ou de certaines parties de rôles), de ceux que la personne se choisit, ceux auxquels elle tient le plus, en prenant en compte la capacité qu'elle a de les remplir.

Alors les soins gériatriques vont en permanence avoir cette double facette qui oblige à questionner le but du soin : on ne vit pas pour être soigné, mais on est soigné pour pouvoir continuer à vivre dans les meilleures conditions possibles. Il peut y avoir des confusions entre les objectifs et les conséquences. Chanter ne vise pas obligatoirement la

⁵⁴ *Personnes âgées et dépendances : « vieillissement et préservation du lien social »*. Séminaire Inter- Ecoles ENSP Rennes. Dossier Documentaire. CHAUVIN K. ENNUYER B. mars 2006.

rééducation de la capacité respiratoire ou la prévention ; manger n'est pas uniquement un acte de prévention de la dénutrition ; parler avec son voisin n'est pas uniquement lutter contre l'isolement.

2 Enquête et regards croisés

Le champ de l'enquête est défini à partir du chapitre 1 qui décrit l'environnement actuel de la gestion des ressources humaines en gériatrie.

Dans ce contexte, le DS qui a pour mission « de participer à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation »⁵⁵ suit, par délégation du DRH, un processus complet qui a pour but d'acquérir des compétences par le biais d'une démarche de recrutement, étape souvent déléguée à CSS missionné. L'enquête interrogera donc les recruteurs : DRH, DS et CSS.

Les activités de soins gériatriques, dont la coordination incombe au DS, sont réalisées dans des unités de soin qui représentent l'ensemble du mode d'hospitalisation : court, moyen et long séjours. Au sein de ces équipes multidisciplinaires, les AS puis les IDE représentent la majorité de l'effectif soignant, leur perception a été recueillie par l'enquête présentée précédemment. Les candidats à ces fonctions sont majoritairement des étudiants, ce sont eux qui seront interviewés.

Les personnes interviewées sont :

DRH	DS	CSS	EIDE	EAS	TOTAL
2	7	2	2 x 10 : 20	2 x 12 : 24	55

Des données recueillies hors de ces entretiens auprès de nos collègues rassemblés à l'ENSP, ou lors des entretiens menés à l'occasion des travaux de groupes, portant sur ce viennent enrichir ce travail.

La méthodologie de l'enquête repose sur des entretiens semi directifs, individuels pour les recruteurs, de groupe pour les recrutés. Ce choix permet de cerner les représentations, les perceptions, qui ne sont pas toujours la réalité des situations mais qui déterminent les personnes à agir, leurs valeurs, leur logique d'acteurs. Les grilles d'entretien⁵⁶ permettent de guider l'entretien selon des thèmes prédéfinis, mais l'ordre n'en est pas arrêté pour faciliter l'expression. Les entretiens ont été enregistrés pour en garder toute la richesse des mots et des expressions, puis retranscrits pour être analysés selon les thèmes de notre questionnement.

Les limites de ce travail sont dans le choix de la population, il aurait été intéressant d'interroger les rééducateurs, les candidats par voie interne et les professionnels des autres services qui ne candidates pas pour un poste en gériatrie. Ce pourra être la suite de ce travail.

⁵⁵ Art 4 Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Article 4.

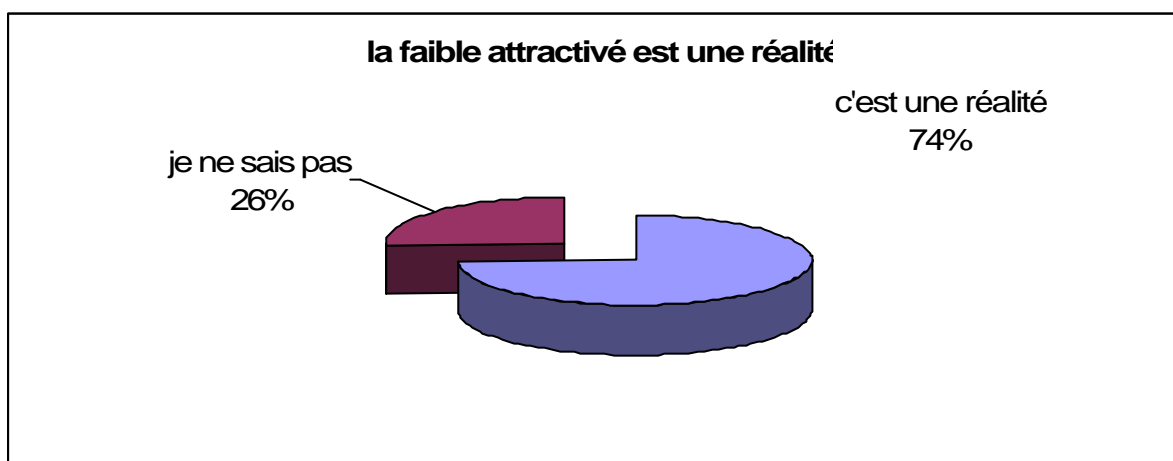
⁵⁶ Annexe n°3

2.1 La faible attractivité de la gériatrie : mythe ou réalité ?

2.1.1 Une réalité

A) Une réelle préoccupation mais peu de suivi

Les DRH n'évoquent aucun facteur d'attractivité, allant jusqu'à dire que « la gériatrie ne peut pas être attractive », confirmant la réalité du manque d'attractivité qui paraît souvent méconnu par certains DS. « C'est une réelle préoccupation, et pour toutes les catégories », précisent les DRH, mais pour les DS c'est surtout une prise de conscience « c'est vrai...on s'en rend », face à un certain « mutisme et langue de bois ». S'il s'agit d'un réel tracassé pour les DRH, l'encadrement soignant semble en prendre conscience alors que les inquiétudes des étudiants, sont claires et étayées sur leur expérience en stage.



Mais peu d'actes, d'outils concrets pour résoudre ce problème, sont présentés dans ce secteur décrit comme « abandonné ou sinistré ».

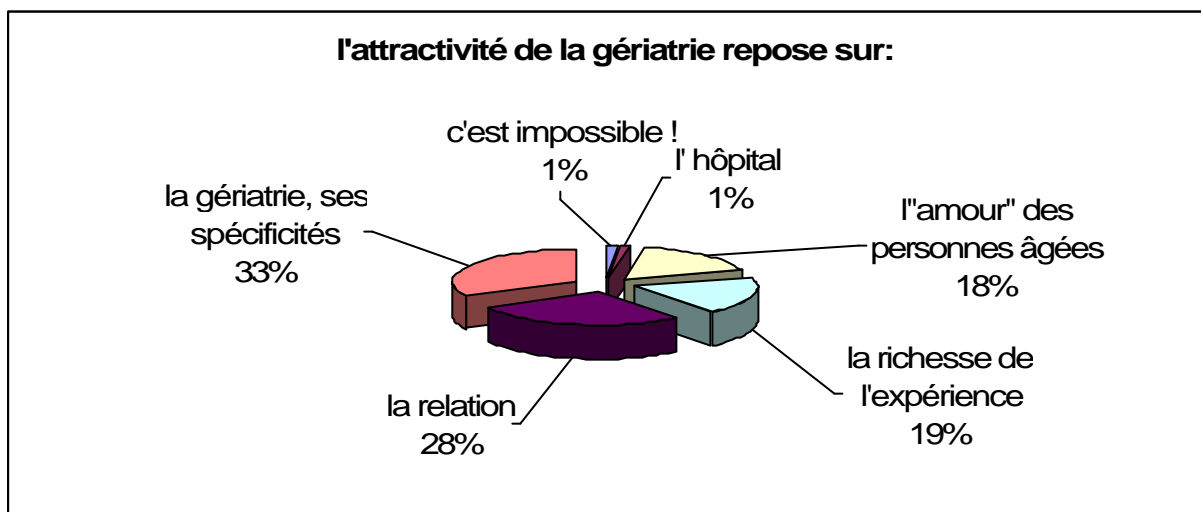
La gestion des effectifs est passée sous un silence discret et fait baisser les yeux aux DS qui reconnaissent des ratios trop bas rejoignant ici les conclusions des enquêtes nationales⁵⁷. Ce sujet n'est pas présenté comme la cause majeure de la pénibilité pourtant ressentie et exprimée comme tel par les étudiantes. Un DS mentionne le « rétablissement des effectifs » dans un ensemble de mesures prises dans le cadre du projet gériatrique, précisant que cet aspect n'était pas prioritaire auparavant. Dans un autre établissement les effectifs, qualifiés de « trop justes », ont été revus à la baisse lors d'une restructuration.

⁵⁷ Ratios clés en maison de retraite et USLD : repères de travail et de négociation sur la base des données 2002. Numéro spécial EHPAD : La lettre de la Fédération Hospitalière de France FHF. Numéro spécial EHPAD, août 2003.

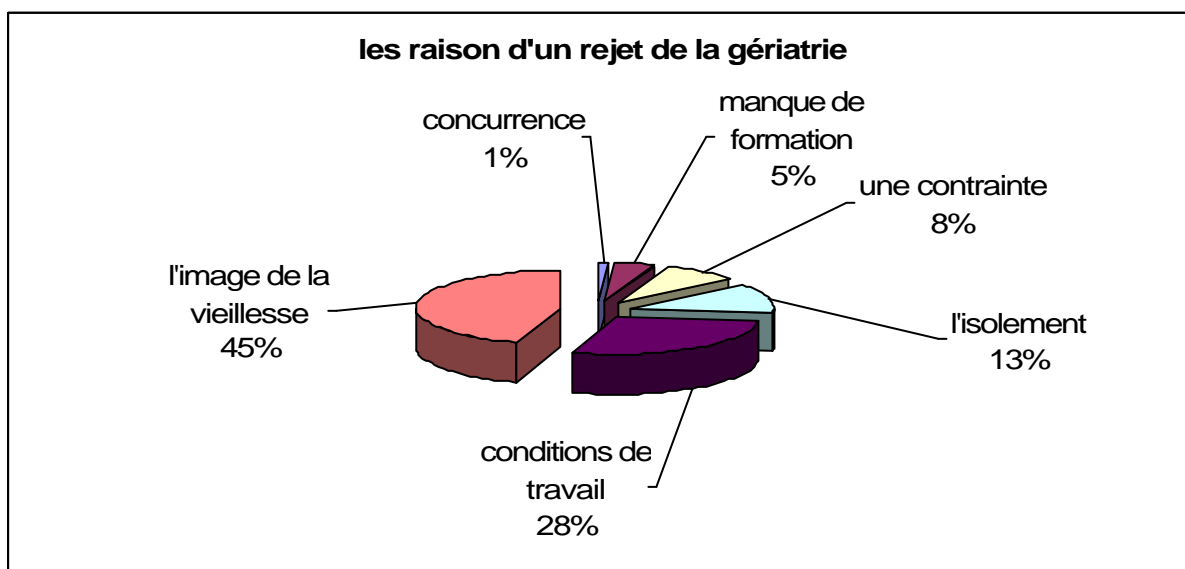
L'absentéisme est reconnu par tous comme « plus élevé qu'ailleurs ». Il est vu comme source de glissement de tâche, préjudiciable à la qualité des soins d'après les étudiants. Mais ce constat est rattaché par les directeurs à des espoirs vains de pouvoir remplacer prioritairement sur ce secteur « négligé » : « par négligence, les remplacements ne sont pas assurés ».

D'emblée chacun commente cette faible attractivité. Globalement, elle est associée, par tous, à une affectation imposée, de fait et sous différentes formes. Cette affectation en gériatrie « donne de l'urticaire » à un étudiant !

Les atouts de la gériatrie représentent 15% des items et se répartissent ainsi :



Quant aux raisons de ce rejet, elles sont deux fois plus souvent évoquées que celles de l'attrait de la spécialité. Elles se regroupent ainsi :



La concurrence des autres secteurs tels que les secteurs dits plus techniques n'est jamais évoquée, seule celle du secteur médico-social est citée avec sa très grande offre d'emploi. Un manque de formation spécifique est craint par les EAS : « j'ai fait un stage en soins palliatifs je pense que ça peut m'aider après... », « On manque de formation sur les troubles du comportement, et après on a un comportement professionnel pas adapté. », « Il faut se former à la maltraitance ». Elles expriment également le besoin « d'une maturité affective », « d'un certain recul », « on est pas prêt », avant de prendre un poste auprès des personnes âgées.

Si les étudiantes ne savent pas systématiquement argumentés leur choix pour un secteur de soin, elles savent très précisément exprimer les motifs de leur refus du secteur gériatrique, fondé essentiellement sur les conditions de travail qu'ils estiment non propices à des soins de qualité et sur une image très dépréciative de la personnes âgées. Avec précaution et lucidité, certains ajoutent : « le piège c'est de tomber dans la projection de la vieillesse... ». Les directeurs dénoncent d'emblée l'aspect contraignant de l'affectation et trouvent dans la dynamique projet le ressourcement nécessaire à une hypothétique attractivité : « le nouveau projet aurait du rendre attractif ».

Il semble que, à travers ces quelques paroles, loin d'être rejetée massivement et exclusivement, la gériatrie fait fuir les DRH, reculer les candidats et s'interroger les DS.

B) Tous sous une certaine contrainte

Tous les acteurs du recrutement semblent être dans un système contraint qui se reproduit, ou qu'ils reproduisent, comme un cercle vicieux : « c'est le système qu'est impliqué », et qui conduit à des attitudes de fuite : « c'est parfois le seul endroit ou on nous propose un poste alors on dit qu'on aime bien les personnes âgées et puis après on a hâte de partir » et d'impasse : « impossible de les recycler » déclare un DRH à propos des agents qui demandent une mutation.

La notion de contrainte se retrouve dans les paroles de tous. Directeurs et étudiants parlent des affectations imposées, « d'office pour x années », faute de candidature spontanée. Ce sont aussi des rythmes de travail imposés faute de temps, « on impose un temps limite, pour la toilette c'est 20 minute ! ». Les conséquences perçues sont lourdes, l'affectation en gériatrie : « c'est une sanction, une punition » ; « on leur laisse pas le choix de vivre » dit une EAS en baissant les yeux et le ton de sa voix. Pourtant, « on fait du meilleur travail dans un secteur qui nous plaît » lui répond sa voisine comme pour faire écho aux théories sur la motivation au travail.

Les démarches d'évaluation, de conventionnement, de travail de groupe, sont présentées comme imposées, par la direction ou les tutelles, ont été à l'origine d'un premier bilan

objectif et participatif; à l'instar de l'analyse de SAINSAULIEU I.⁵⁸, chacun a saisi cette opportunité pour dire, montrer et améliorer : « avec les pôles il a fallu aller y voir ».

2.1.2 Les conditions de travail

A) L'isolement sous toutes ses formes

L'isolement, qu'il soit géographique ou fonctionnel, caractérise la perception de l'exercice soignant en gériatrie. Ce sentiment représente 10% des raisons susceptibles de faire rejeter la gériatrie.

L'isolement géographique est un faux problème, d'après un DS puisque certains services comme l'ophtalmologie, également éloignés sur son CHU, sont attractifs.

Cependant, cette solitude est perceptible essentiellement pour les EIDE qui se disent « trop seules » et évoque la faible présence des médecins « qui passent trop vite, trop peu » ; et pour les EAS qui « mobilisent seules les personnes ». Elle prend différentes formes : un cloisonnement, un enfermement, un mutisme... et chacun veut «les faire sortir » ! , les DS souhaitent que les agents aillent exposer leur travail, les étudiants veulent que les personnes âgées «sortent des murs », il faut «se rendre visible », « s'ouvrir !».

Cet éloignement, des autres projets hospitaliers, des autres sites, entre catégories sociales et sanitaires, est souvent associé à une méconnaissance qui en serait l'origine ou le résultat.

B) La pénibilité et la non-qualité

La notion de pénibilité est présente dans les discours de chacun. Les étudiants et les DS parlent de « souffrance réelle », « d'un travail lourd, difficile, dur » pour faire face « à l'abandon, à la solitude » des personnes âgées.

Cette pression s'exprime indirectement et très fortement lorsque les EAS analysent leurs expériences vécues en stage. «La responsabilité est aussi chez les anciennes qui font partie des murs», «après trop d'années c'est irritant, épuisant.. », la routine, l'usure physique et psychologique sont perceptibles par les EAS dont le discours est plus imprégné de reproche, vis-à-vis des dirigeants dont ils attendent la mise en place d'une mobilité et vis-à-vis des soignants eux-mêmes dont ils espèrent une autre image.

Les conditions de travail sont un argument de refus d'une affectation en gériatrie et suscite l'approbation de l'ensemble de EAS, « pour moi c'est l'usine ! » résume une élève. C'est en premier lieu le manque de temps et le rythme de travail imposé qui fait réagir

⁵⁸ SAINSAULIEU I. Présentation d'ouvrage. Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital. *Gestion hospitalière*, février 2004, n°433, pp.133-137

avec un vigoureux : « ah oui !! », toutes les EAS. Relié parfois à un manque d'effectifs également cité par les DS, il est la principale cause reliée à leur désaffection pour ce secteur. L'impression de « mal faire, faute de temps », « pas le temps de partager leur tristesse » est insupportable pour les étudiants. Ces conditions sont sources de non qualité des soins relationnels ou du nursing, voir de maltraitance.

Le manque de matériel ou de locaux adaptés (lève malade, espace de repos,...) est peu fréquemment mentionné. Par contre Le climat de travail est un facteur essentiel ainsi que l'esprit d'équipe pour les étudiants. L'un des DS explique saisir l'opportunité d'une restructuration pour obtenir des locaux adaptés, mais le succès lui paraît incertain. Mais le manque d'intérêt, affiché par les autres directions ou équipes, pour l'amélioration des conditions de vie au travail en gériatrie, est ressenti et attriste les DS : « les demandes sont jugées non prioritaires, alors les agents s'épuisent puis ne demandent plus », pour qui se serait « une bouffée d'oxygène » d'avoir un équipement de la salle de soins.

Alors que les conditions de travail, sont citées comme principal motif de refus d'un poste en gériatrie, motif reconnu par les recruteurs, elles sont exceptionnellement citées comme faisant l'objet d'une démarche institutionnelle.

2.1.3 La vieillesse et la gériatrie

A) L'image de la vieillesse

« Oh ! Pas chez les vieux, ils sont méchants, agressifs ! », démunis, abandonnés, tristes... sont les principaux qualificatifs lancés par les EAS dont le discours est pauvre en adjectifs agréables à l'égard des personnes âgées. Se retrouver face à la grande dépendance des personnes âgées hospitalisées renvoie les professionnels à un sentiment de culpabilité, et ils sont convaincus de la nécessité de changer ce regard qui « est une réputation qui s'entretient toute seule », de « faire tomber les tabous » de ce secteur « sans noblesse ». Les DRH associent la vieillesse a des notions de fuite.

B) La relation et la richesse de l'expérience sont les atouts de la gériatrie

Moins souvent évoqués et moins instantanément développés, ce sont les attraits majeurs de la gériatrie.

Le verbe « aimer » est très largement utilisé par les EAS qui « aiment les personnes âgées », pour les EIDE la gériatrie « est intéressante » et pour les DS et CSS chargés de mission « il faut le rendre intéressant ».

Ce sentiment est associé, après réflexion et un moment de silence, à un idéal ou une vocation, parce que « on se sent utile », « essentiel », « bien », surtout pour rompre la solitude des personnes âgées. Le support de cet élan est la relation, le partage, l'échange parfois l'accompagnement qui sont « un épanouissement ».

Les spécificités sont peu citées, mais souvent qualifiées d'attractives avec des nuances selon le professionnel. L'animation « ça peut être sympa », « c'est distrayant » pour un DS, tandis que les EIDE s'attachent davantage les polyopathologies et leur variété qui sont une source d'intérêt professionnel, qu'elles perçoivent, mais sans grand enthousiasme dans la voix. Avec réalisme une EIDE précise que cette expérience est indispensable parce qu'il y a désormais des personnes âgées dans tous les services, ce que ces collègues n'ont pas d'emblée perçu. Le contact avec les familles est un support et un soutien pour un DS mais il n'est jamais cité par les étudiants. Quant aux logiques de projet gériatrique et de projet de vie, elles sont, pour certains DS ou CSS chargés de mission, la clé de voûte de l'attractivité en gériatrie.

C'est uniquement en lien avec les stages que cette richesse semble se construire. Les cours ne sont jamais évoqués comme une source de savoir en la matière.

2.2 Les démarches de recrutement : résignées ou volontaristes ?

2.2.1 Peu d'outil pour le recrutement et la fidélisation en gériatrie

A) Peu d'intérêt pour le recrutement

Le recrutement est un sujet qui, en lui même ne suscite pas beaucoup de réflexions. Dès qu'il est associé à la gériatrie, le débat s'engage plus vivement.

Le recrutement et la fidélisation du personnel soignant sont décrits comme ne faisant pas l'objet d'une démarche particulière. Dans chacun des établissements enquêtés, cette démarche est la même quelque soit le secteur de soin, y compris donc pour la gériatrie.

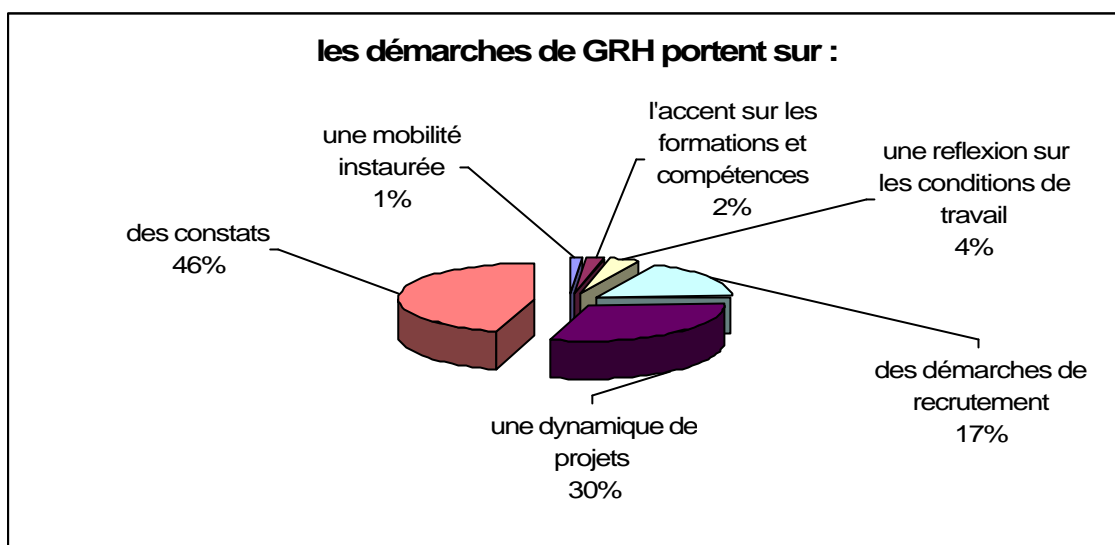
L'aspect qualitatif du recrutement et l'affectation des soignants sont classiquement délégués à la direction des soins qui centralise la gestion des entretiens et des affectations. Des cadres supérieurs de santé sont chargés de mission pour réaliser les entretiens et un établissement a complété leur formation sur ce thème.

Les affectations se font en premier sur les postes dits prioritaires en fonction des effectifs du moment, et la gériatrie fait souvent partie de ces postes imposés. Le plus souvent, les agents recrutés dans le cadre de la promotion professionnelle se voient d'emblée affectés sur ces postes pour au moins deux années.

Parmi les quatre étapes du recrutement⁵⁹ certaines sont plus présentes que d'autres.

⁵⁹ DERENNE O. LUCAS A. *Le développement des ressources humaines*. Rennes. ENSP. 2005. Vol 2. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. P105-129.

Les démarches citées comme associées au recrutement portent sur les différents aspects de la GRH :



Mais globalement le recrutement n'est pas évoqué comme faisant l'objet d'une attention particulière ou d'une structuration recherchée et réfléchie.

B) Le recrutement : c'est acquérir des compétences ?

Les constats présentent un état des lieux principalement centré sur l'activité de soin plus que sur l'aspect gestionnaire du recrutement. Le tableau montré semble plutôt réaliste au vu des éléments contextuels décrits plus haut.

Cependant, son analyse en terme de ressources humaines suscite moins de commentaires directs. Les besoins du secteur sont essentiellement énoncés en chiffre par les DS et avec peu précision, « je ne sais pas ». Avec doute, les DS estiment que les candidatures spontanées représentent approximativement 20% des candidatures externes, chiffre confirmé au sein des groupes d'étudiants AS et IDE. Ces offres ne couvrent pas les besoins du secteur, ce qui justifie, pour les DS, et explique, pour les étudiants, la procédure d'affectations ciblées.

Un DS précise qu' « il y a des vagues de fuite, jusqu'à 25% de l'équipe ! », « on s'arrête plus qu'ailleurs », « mais j'en suis là ». Constat et impression confortés par les propos des EAS : « il y a beaucoup d'arrêts », « les responsables devraient en prendre conscience ». L'analyse de ces événements n'est pas évoquée.

Les compétences spécifiques requises pour répondre aux besoins des personnes âgées sont évoquées par les étudiants. Ce sont les qualités humaines de « patience », de « disponibilité » qui sont citées en premier, puis viennent les connaissances portant sur les troubles du comportement et la maltraitance. Pour les directeurs « les compétences existent » chez les soignants en gériatrie, « ce qu'ils font est extra », mais « sont elles spécifiques ? et lesquelles ? », surtout que « celles des travailleurs sociaux sont plus adaptées » d'après un cadre.

Un établissement s'est engagé dans une réflexion sur ce thème. Dans le discours des recruteurs, aucune démarche de sélection à la recherche de ces compétences n'est citée. Certains des étudiants quant à eux, attirés par la gériatrie, conscients des lacunes qu'ils ont et des difficultés des soignants face à la prise en charge de la grande dépendance, se construisent leurs compétences en choisissant des stages en soins palliatifs. Tous, recruteurs et recrutés, sont d'accord pour dire qu'il faut valoriser les compétences gériatriques et qu' « il faut faire savoir que, en gériatrie comme ailleurs, l'incompétence est interdite ! ».

2.2.2 Le stage, le choix imposé et la mobilité espérée : un parcours initiatique

Le stage est essentiel pour confirmer ou infirmer les motivations. Quelques étudiants évoquent un changement de regard après leurs stages en gériatrie. Mais les résultats sont mixtes ! Parfois chargés de déception, « j'ai été déçue », « j'hésitais, maintenant après ce que j'ai vu : je sais que j'irais pas ! », face à la charge de travail et l'attitude des équipes « sans respect pour les personnes qui crient, qui appellent », parfois emprunts d'un nouveau regard sur la vieillesse et la compréhension qu'ils en ont.

La mobilité est prônée par toutes les étudiantes. Confrontées à « la lassitude », « la fatigue », « l'irritabilité, l'immobilisme » des « anciennes », elles sont unanimes pour dire que la mobilité « doit s'imposer ». Les DS évoquent cette mobilité surtout pour justifier l'affectation imposée en gériatrie dans le cadre des promotions professionnelles, sachant que « quand il y a des postes vacants, les gens veulent moins y aller ».

La pertinence du « choix imposé » est mise en cause par les EAS qui le trouve dommageable, et par les DS qui estiment que les soins techniques pratiqués en gériatrie préparent insuffisamment les nouvelles diplômées à la maîtrise de la technicité qui reste, dans leurs paroles, la priorité des compétences à acquérir après le diplôme.

Bien que la spécificité de l'activité soit connue et reconnue, les constats énoncés l'illustrent, la démarche de recrutement et surtout l'entretien de sélection ne sont pas décrits comme singuliers. Une EAS et un DS affichent une certaine prudence : « il faut être attentif lors de l'embauche », et une inquiétude certaine : « le risque c'est la maltraitance ! ».

Un établissement a mis en place une formation à l'entretien de recrutement destinée aux cadres chargés de mission.

Un DRH résume sa stratégie de fidélisation avec un certain sarcasme, en une phrase : « ne recruter que des contractuelles non qualifiées, la précarité de leur statut les oblige à rester fidèle ».

Les étudiants semblent résignés à ce non choix, une seule EAS envisage de faire des CDD pour mieux connaître la structure.

2.2.3 Des projets et des vœux

A) Les projets dynamisent mais n'attirent pas

Les projets mis en place en faveur de la gériatrie occupent plus de 20% des propos recueillis auprès des directeurs et des cadres. Ils sont exposés comme étant le support de toute la politique de GRH de ce secteur. Ils ont tous été initiés à l'occasion de la signature de la convention tripartite ou d'une restructuration, et ne sont pas présentés comme une initiative première d'amélioration de la qualité des soins.

Ils ont permis de « renverser l'image », « de redonner une image plus noble ». Le travail de groupe est perçu comme un outil d'ouverture, de décroisement, de communication interne et externe, et de valorisation. Mais les retombées directes en terme d'attractivité ou de fidélisation ne sont pas mesurées et semblent non quantifiables « faute d'indicateurs ».

Une fois ces projets engagés, la recherche de plus d'interdisciplinarité est fréquente. Un DS envisage la collaboration avec les partenaires sociaux pour mieux cerner les problèmes singuliers de l'absentéisme en gériatrie. La participation des cadres est à structurer selon un DRH. Partager également la réflexion avec les professionnels du secteur social semble une ouverture incontournable pour les DS « on est complémentaire ».

Les étudiantes n'ont jamais évoqués les projets gériatriques en ces termes. Leurs attentes sont très concrètes et touchent le quotidien du soin. Elles ne s'inscrivent pas dans une démarche de projet, ni dans le long terme mais dans l'immédiateté de leurs observations. Elles ne semblent pas sensibles à l'existence de groupe de travail au sein des services.

Le sujet du recrutement en gériatrie paraît susciter plus de projets, réalisés ou espérés, que de constats. C'est peut être le signe d'un dynamisme, potentiel et réel, des professionnels présents et futurs.

B) Il faudrait....

Pour plus d'un quart des idées exposées, les paroles des recruteurs et des recrutés sont des vœux. Le terme : « il faudrait » revient comme une litanie dans chacun des entretiens. Le catalogue des propositions ou souhaits est très long et les idées sont diverses et variées, sans tendance nette.

Cependant, les suggestions orientées vers le recrutement ou la fidélisation sont moins nombreuses que celles portant sur les projets gériatriques à proprement parlé.

Pour faciliter le recrutement vers la filière des personnes âgées, les étudiantes suggèrent que les établissements « viennent vers elles » dans une démarche plus porteuse et plus visible des projets, des conditions de travail et des valeurs soutenus par les responsables.

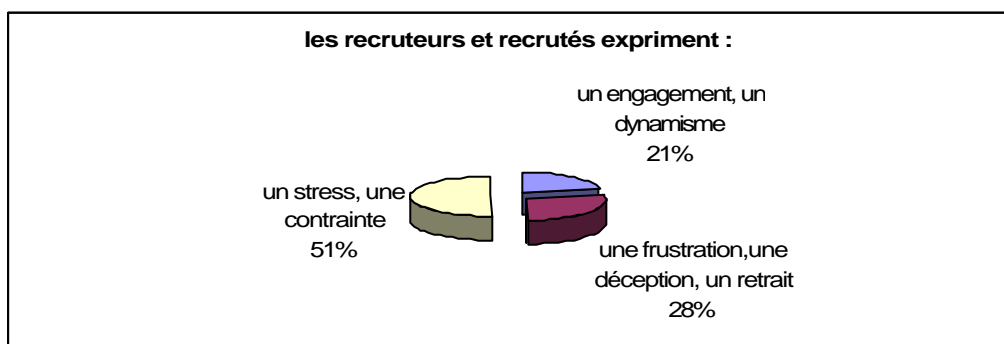
Les propositions des recruteurs sont diverses. Mais c'est surtout lors des stages que les futures professionnelles se font une idée de l'attrait d'un service de soin. Les DRH offrent, sans grande conviction au vu des résultats, d'utiliser la presse locale ou professionnelle. L'élaboration de profils de poste et de parcours de compétence est citée comme un possible support de mobilité interne. Un travail de collaboration avec les instituts de formation est suggéré. Le tutorat permettrait de faciliter l'intégration des nouveaux agents. Les démarches orientées vers l'extérieur et les étudiants sont peu portées par les DS ou les CSS.

Les suggestions des DS portent davantage sur la politique gériatrique que sur la stratégie de gestion des ressources humaines. Pour les DS qui ont accompagné la mise en place d'un projet gériatrique au sein de leur établissement : « tout tourne autour de ça ! », « avant tout le monde fuyait », « maintenant, même si c'est pas gagné, c'est une avancée ». Mais le projet n'est pas toujours un atout d'attractivité, certains sont déçus sur ce point, « ça aurait du être attractif ».

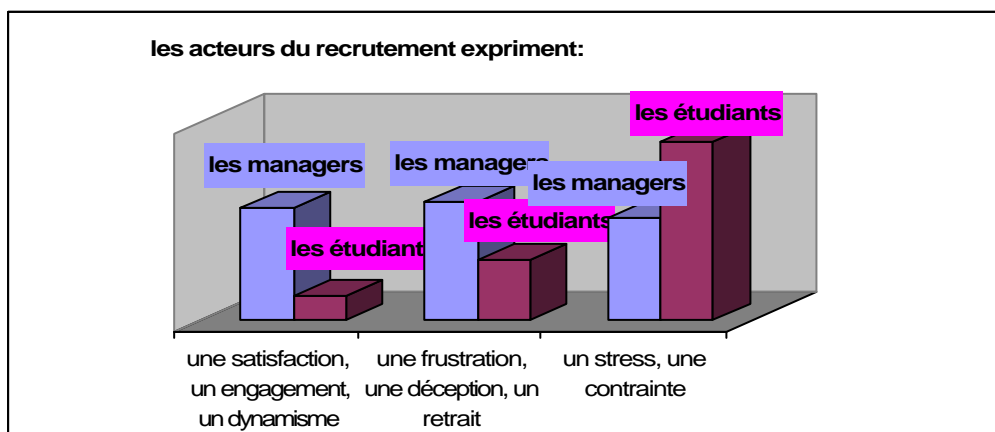
2.2.4 La recrutement en gériatrie : entre enthousiasme, frustration et contrainte

Au fil des entretiens les directeurs et les étudiants ont exprimé leur perception du recrutement en gériatrie.

Globalement les expressions verbales et non verbales permettent de retrouver trois grandes tendances :



en détail, chacun perçoit la situation différemment :



A) « Ça fait plaisir, faut en vouloir mais je suis contente »

Avec des sourires et des rires, les DS racontent la réussite de leurs projets, qu'il a fallu « vendre à chaque réunion de direction », la satisfaction à l'occasion d'animation ou de rencontres avec les familles. Mais aussi après avoir entendu un médecin, un cadre, un professionnel, exprimer sa reconnaissance et son admiration envers le travail réalisé par les équipes qu'il méconnaissait auparavant. « Il faut arrêter de pleurer, de se faire peur soi même et de se plaindre » et « aller voir sur place » disent elles pour traduire leur engagement et leur ténacité. Cette volonté se retrouve dans les paroles des étudiantes qui veulent garder leur courage et leur enthousiasme pour « bien faire » et « faire changer les choses » dans la prise en charge des personnes âgées.

Cette satisfaction qui attire en gériatrie, les EAS l'associent à leur enthousiasme de jeunesse mais surtout à la notion de « vrai soin ». Sans pouvoir vraiment le définir avec précision, cet idéal soignant naissant qui les pousse à s'engager dans cette filière gériatrique est empreint de « respect pour les choix de vie et le rythme de la personne âgée ». Elles semblent rejoindre ici les professionnels dans leur conception de la gériatrie, reine de l'approche globale.

B) « C'est frustrant, je suis déçue »

C'est cet idéal, confronté à la réalité de la pratique quotidienne en stage, qui attriste les étudiantes. Elles aimeraient le retrouver chez leurs futures collègues, dans une ambiance de travail constructive. L'écart entre le soin idéal, « le vrai soin, quand on prend son temps », est chargé de frustration. L'imaginaire faisait de la « relation quelque chose de plus proche, j'ai été déçue par les soins qu'on réalisent à l'hôpital, la lassitude des anciennes, épuisées par trop de gériatrie, je préfère le domicile ». L'enthousiasme des débuts semble ne pas résister au temps.

Les propos d'un DRH, porteur d'un projet récent et à priori attractif par ces locaux neufs, ces protocoles innovants et ces effectifs relevés, dit avoir « l'impression d'avoir vendu du rêve » face au peu de candidature et à la réalité de la grande dépendance.

La résignation est perceptible : « c'est inéluctable comme la vieillesse » conclut un DRH.

C) « La gériatrie, c'est une impasse ! »

Pour les DRH le recrutement en gériatrie est une préoccupation, certes par défaut de candidature spontanée mais aussi dans le cadre de la mobilité interne et de l'accompagnement des projets individuels. Les mots sont forts et explicites pour parler de cette problématique : « comment recycler les agents qui veulent en sortir ? ». Les DS surenchérisent en évoquant l'impossible réaffectation après une expérience en gériatrie et les refus auxquels s'exposent les postulantes à la mutation interne lorsqu'elles répondent à un appel à candidature sur un autre secteur.

Au fil des échanges les mots dessinent majoritairement un sentiment de vivre des situations lourdes. Cet aspect pesant est essentiellement associé à la perception de doubles contraintes. Les exigences des cadres sont perçues comme pressantes, excessives et incohérentes avec la qualité prônée dans les projets de vie : comment accepter, sans y perdre son idéal, la course au temps dans l'organisation des soins et le temps de vivre !

2.3 Vérification des hypothèses

- *La faible attractivité du secteur n'est pas inévitable*

L'attractivité et la fidélité pour la gériatrie existent. Près de la moitié des professionnels en témoignent, et un étudiant sur cinq se dit candidat. L'absence d'outil et d'objectivation de la situation rend difficile la mesure de l'impact des différentes actions menées.

- *Le défaut d'attractivité est lié à l'image de la vieillesse, mais aussi à l'image de la gériatrie.*

Les représentations de la vieillesse impactent l'engagement des étudiants vers la gériatrie, cependant c'est d'avantage les autres facteurs qui viennent ternir l'image et l'attractivité de la gériatrie. Les conditions de travail, l'isolement, mais aussi les valeurs qui sous tendent le soin sont autant de facteurs qui reflètent, non pas la gériatrie mais son management.

- *La méthodologie par projets contribue par sa dynamique à son attractivité.*

Les projets sont un support pour les DS dans leur démarche d'amélioration de la qualité, de professionnalisation et de valorisation des professionnels. Cet outil et la dynamique de groupe, la réflexion, l'enrichissement, ne sont pas perçus ni par les étudiants ni par les soignants. Ce sont la pratique, les valeurs, le respect de la personne âgée, la qualité des soins relationnels, qui séduisent les jeunes.

3 Les propositions : la gériatrie recrute

3.1 Un plan stratégique

L'analyse croisée des aspects théoriques et des résultats des différentes enquêtes ont pour objectif de comprendre les facteurs d'attractivité et de fidélisation des soignants en gériatrie. A ce stade, il est possible d'élaborer des préconisations en matière d'amélioration dans le but d'améliorer le recrutement et la fidélisation pour:

Mettre à disposition de la gériatrie les compétences nécessaires à ses missions.

La stratégie du directeur des soins dont l'objectif est d'attirer et fidéliser en gériatrie va s'appuyer sur les facteurs managériaux identifiés :

- D'une part sur les valeurs et les compétences
- D'autre part la dynamique des projets et l'organisation des soins
- Enfin sur la communication.

Avec :

- Une politique de gestion des compétences
- Une démarche active de recrutement et d'intégration
- Un accompagnement des individus et des équipes
- Une démarche d'amélioration de la qualité des soins
- Une stratégie de communication et d'ouverture

En gardant et en appliquant les principes d'un management par la qualité.

A) Un diagnostic de la situation

Cette première étape est un préalable à toute démarche de projet afin d'adapter les mesures préconisées. Cette étape est ici d'autant plus importante que les facteurs d'attractivité sont multiples, individuels ou liés à l'organisation et ils évoluent dans le temps. C'est pourquoi l'approche doit se faire au cas par cas à la recherche de solutions spécifiques.

B) Un sens à l'action

Une orientation du projet vers la satisfaction de l'utilisateur qui sera garantie ici par la contribution au projet gériatrique institutionnel et l'élaboration des projets connexes dont le projet de vie et le projet de soin.

C) Un engagement de la direction

Cet engagement doit être recherché, il est l'un des facteurs de réussite. Il doit permettre une prise de conscience du problème. Les enjeux sont institutionnels, ils questionnent et engagent l'établissement dans sa mission auprès des personnes âgées et sa position au cœur du territoire de santé. Le projet doit prendre une dimension institutionnelle. Cet engagement doit être concret et se traduire par l'inscription de ce projet et de ses plans d'actions dans le projet d'établissement, le projet social et le projet de la direction des

soins. La question des moyens disponibles et alloués au projet (aspects financiers, logistiques et humains) doit être envisagée. Cet engagement doit s'afficher par l'annonce officiel du lancement de ce projet dans les cadre des instances : CA, CME, CTE, comité exécutif, CSIMTR. L'engagement de la DS doit être clair et affiché, elle confirme ainsi son soutien aux équipes dans la reconnaissance de leur quotidien. Sans idéaliser la réalité mais en adoptant un discours positif et constructif.

D) Une implication du personnel

Cette implication est rendue effective par la méthode de projet. Avec d'une part la désignation d'un chef de projet, dont la mission sera fixée à l'aide d'une lettre de mission et qui peut être un des cadres de santé, voir le cadre responsable de la filière gériatrique pour valoriser et légitimer sa fonction et son secteur. Avec d'autre part, la constitution d'une équipe projet dont la composition sera représentative de la pluridisciplinarité des équipes gériatriques et de la diversité des modes d'accueil des personnes âgées et des unités de soins.

E) Une approche pragmatique

Une approche systémique et factuelle qui prend en compte les aspects humains, organisationnels, matériels et managériaux garantit la prise en compte de l'ensemble des facteurs conditionnant l'attractivité. Elle assure une vision réaliste des situations, point clé de la problématique.

3.2 Un plan d'accompagnement des équipes

A) Mettre en place une politique volontariste de recrutement, d'intégration et de mobilité centrée sur les compétences et les parcours professionnels

Développer l'implication de tous les recruteurs en définissant les responsabilités de chacun et l'engagement respectif des différents acteurs et collaborateurs. Saisir l'opportunité de l'organisation en pôles médicaux et gestionnaires pour envisager et préciser la délégation vers des cadres chargés de mission au sein de la DS. Cette délégation renforce l'implication des cadres dans le processus de recrutement.

Installer un système de veille pour suivre l'épuisement des équipes en collaboration avec la DRH et la médecine du travail. A partir de tableaux de bord pour objectiver les situations. C'est la première étape essentielle au diagnostic, à l'état des lieux, face à la méconnaissance et au peu d'informations objectives concernant la problématique. Ces tableaux permettent une vision précise des situations et d'objectiver les remarques concernant l'absentéisme récurrent et le turnover. Ils vont permettre de vérifier

l'adéquation des effectifs et des ratios aux cahiers des charges précisés dans «le programme pour la gériatrie »⁶⁰. Sa mise en œuvre se fait en association avec la DRH. L'intérêt étant également de disposer d'indicateurs communs sans multiplier les données et les saisies.

L'implication des cadres est indispensable pour garantir la fiabilité et l'utilité des tableaux dans la gestion quotidienne. Compte tenu de l'enjeu des qualifications dans ce secteur, il faut cibler les données selon le problème identifié .Puis ces tableaux vont permettre un suivi et une veille selon des seuils d'alerte fixés avec l'encadrement.

Utiliser les outils disponibles : répertoire des métiers,pour relever ces différents défis, 61 % des DRH ont recours à la GEPC.

B) Apprécier le niveau de mise en conformité des unités de la filière gériatrique dans le cadre du projet gériatrique

Mettre en conformité les effectifs, les ratios, les organisations et la composition des équipes au regard des cahiers des charges du programme gouvernementale pour la gériatrie. I relève de la responsabilité du DS. Ce travail doit se faire dans le cadre du développement du projet gériatrique. Il doit se faire en intégrant la logique de l'établissement dans la constitution des pôles médicaux, le financement des conventions tripartites et la tarification à l'activité.

Veiller à ce que les agents, AS et IDE, qui peuvent prétendre à la bonification indiciaire valorisant les formations diplômantes soient recensés par les cadres et transmettre à la DRH.

Collaborer avec la direction des ressources humaines et la direction des finances pour vérifier l'allocation budgétaire, annoncée dans le programme, nécessaire à cette mise en conformité

C) Etre un « chercheur de têtes », aller chercher les compétences

Une fois les compétences déterminées, à partir du répertoire des métiers, des référentiels métiers, des profils de postes... et d'un travail d'appropriation et d'adaptation de l'outil avec les cadres et les professionnels, une démarche prospective va permettre d'aller chercher les compétences auprès des professionnels des autres équipes.

Lors des entretiens de recrutement, le projet de soin gériatrique est à diffuser, «à vendre » auprès des candidats, il est le porteur du message et des valeurs que les équipes et l'institution soutiennent, c'est un des points clé de l'attractivité pour les étudiants et les nouveaux recrues, à condition qu'il se traduise dans la pratique.

⁶⁰ *Un programme pour la gériatrie*. JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P. ministère de la santé et des solidarités. avril 2006. 40p.

Dans ce contexte, l'art du management des ressources humaines consistera à trouver les formules adaptées à chaque catégorie de personnel, voire à chaque personne (bourse d'études, formation continue, VAE,...).

D) Ecouter, donner et prendre la parole

Organiser des lieux et des espaces dédiés aux professionnels, pour partager ses difficultés et lutter contre le sentiment d'impuissance, de culpabilité, pour réagir, remettre en cause et réfléchir sur les pratiques, chercher un soutien, dire ses limites, ses émotions, s'autoriser et autoriser à dire, autant de bonnes raisons pour organiser des temps de parole.

Les moyens sont multiples et divers, à choisir selon l'objectifs précis et le contexte.

Cette parole échangée va permettre la diffusion des valeurs, des compétences et du projet gériatrique. C'est un atout majeur pour l'attractivité auprès des professionnels extérieurs à la filière et qui vont les entendre, s'y retrouver et mettre en lien leur projet individuel.

C'est par exemple, en interne, des réunions de synthèse, des groupes de parole, mais aussi une communication vers l'extérieur, une ouverture de façon plus originale, avec des forums et débats de quelques heures, ou la création de blog plus nouveau comme mode de communication et surtout accessible aux agents isolés ou de nuit.

E) « Réseauter » et se rapprocher des professionnels de l'extra hospitalier

Dans la logique de construction de la filière gériatrique, du réseau gérontologique et de la notion d'équipe pluridisciplinaire, le rapprochement entre les différents secteurs est indispensable à l'efficacité des organisations. C'est aussi une source de candidats potentiels pour les postes gériatriques.

Les liens avec le secteur de psychiatrie, psycho-gériatrie ou géronto-psychiatrie sont à développer dans une logique de territoire de santé et des SROS, de projet et de mutualisation des savoirs, des pratiques. L'accompagnement des équipes peut largement être optimisé par cette association de compétences hospitalières. L'organisation extrahospitalière de la psychiatrie est sans doute source d'idées nouvelles pour la prise en charge des personnes âgées en trouvant des solutions mixant les avantages du domicile et de l'institution. Les enseignements tirés par les soignants en psychiatrie sont riches quant à l'approche globale, le libre choix, et le rôle propre soignant.

Des passerelles sont à développer avec les professionnels du secteur social et médicosocial dont les compétences rejoignent celles requises pour les soins gériatriques

F) Utiliser l'opportunité de la création de l'unité mobile gériatrique

Positionner les professionnels de cette unité comme lien fédérateur entre les différentes unités accueillant des personnes âgées.

Le recrutement de ces agents doit faire l'objet d'une attention toute particulière. En dehors de leur utilité quant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement, d'une part ils seront les portes parole, la vitrine en quelque sorte, de la gériatrie hospitalière, et d'autre part le mode de recrutement traduira l'attention portée à cette étape de gestion des ressources humaines centrée sur les compétences requises et spécifiques à la gériatrie.

Cette unité peut matérialiser le lien si nécessaire pour lutter contre l'isolement entre les équipes des structures éloignées ou les agents isolées, comme les IDE de nuit en USLD sur un site extérieur.

G) Optimiser la gestion du temps et de l'espace dans l'organisation du travail

Les conditions de soin sont parfois précaires dans des locaux parfois vétustes malgré une politique d'amélioration réelle.

Le temps est une notion essentielle en gériatrie. C'est une ressource rare en gériatrie pour les professionnels confrontés à l'exigence d'efficacité et de rapidité face à la demande de soin relationnelle et c'est aussi une différence intergénérationnelle mise en jeu dans la relation soignant-soigné ou chacun a un rythme de vie différent.

La gestion du temps est un outil indispensable pour retrouver des périodes pour parler et changer de rythme, la chasse aux tâches inutiles, redondantes et chronophages doit être un axe prioritaire pour l'encadrement. C'est aussi un outil pour éviter les glissements de tâches.

L'espace doit permettre à chacun de vivre et de travailler en préservant l'intimité et la sérénité nécessaire pour affronter la pénibilité de l'accompagnement au long court. L'expérience prouve que l'environnement apaise les tensions, des locaux propres et gais sont un outil de travail et de confort.

Le soutien et la contribution des différentes directions, équipements, travaux, logistique, est mise en jeu ici pour travailler sur les soins indirects souvent induits par l'organisation logistique et matérielle institutionnelle. La désignation d'un référent au sein des directions fonctionnelles peut contribuer à l'efficacité des organisations ; il permet à chacun d'échanger, de partager ses points de vue et ses contraintes, et de changer le regard de chacun. C'est également un bon moyen pour faire connaître la qualité des soins en gériatrie.

H) Lutter contre l'isolement, lier et relier les personnes

L'isolement, celui perçu par les professionnels dans la réalisation de leur mission et celui des structures éloignées des sites dits « centraux » est source de risques (maltraitance, ..), d'événements indésirables (erreur médicamenteuse,...) ou dysfonctionnements coûteux (approvisionnement retardé, ...).

Favoriser la solidarité et l'esprit d'équipe au sein de l'équipe et de l'institution permet de lutter contre ce sentiment. Les projets permettent de renforcer ces liens et de créer des alliances officialiser par des protocoles entre deux unités ou deux équipes, ou des liens plus individuels et confraternels.

I) Développer le rôle de tuteur des formateurs occasionnels lors des stages avec des méthodes d'analyse des pratiques

Le tuteur a pour objectif a pour objectif d'accompagner l'étudiant dans son apprentissage tout en soutenant sa motivation⁶¹.

Pour réduire l'écart perçu entre théorie et pratique, source de désenchantement des stagiaires motivés par la gériatrie, le rôle des formateurs de terrain est primordial. Il est le premier porteur des projets et surtout de leur réalité quotidienne et pratique. Face à un professionnalisme exigeant, il convient de réfléchir à sa propre manière d'agir, ses propres modes d'action, de façon critique et constructive⁶². Cette réflexion sera la base du tutorat pour faciliter la transmission de savoir, que ce soit brs de l'encadrement des stagiaires ou l'intégration des nouveaux agents.

La qualité des stages est un facteur d'attractivité pour les étudiants. Un travail en collaboration avec les instituts de formation est essentiel sur plusieurs points élaborer un livret d'encadrement des stagiaires en partenariat avec les écoles et instituts de formation. Ce travail permet de rapprocher les différentes conceptions des soins gériatriques et permet d'éviter les écarts entre la théorie et la pratique. Ces écarts sont source de désillusion puis d'abandon pour les étudiants. L'élaboration de ce livret d'accueil des étudiants est l'occasion pour les soignants de confronter leur pratique au regard de la théorie, cette réflexion est valorisante et constructive.

J) Adapter les formations

Dans leur contenu, les formations doivent s'attacher à développer plus particulièrement :

- l'apprentissage des méthodes projet, démarches qualité, d'analyse de pratique, de prise de décision.

⁶¹ DAMERON B. *Comment devenir formateur occasionnel*. Les Editions. 1994. 160p.

⁶² PERRENOUD P. *Le rôle des formateurs de terrain*. Paris. Hachette. pp 219-241

- les fonctions de cadre, de référent et de tuteur à préciser dans les organisations ou certains acteurs, comme ici les IDE, sont parfois seules présentes et se croisent peu
- l'évaluation gériatrique, l'éthique, le sens de l'aide et du soin : le soin relationnel
- le recrutement

3.3 Un plan d'amélioration de la qualité des soins

A) Réinvestir les auto évaluations réalisées dans le cadre des démarches d'accréditation de l'HAS et celles de la démarche Angélique

Pour poursuivre la mise en œuvre des améliorations proposées et soutenir l'enthousiasme des équipes qui ont contribué à leur réalisation. Ce travail doit être réinvesti et non refait surtout auprès des équipes qui se plaignent d'avoir trop peu de temps pour le soin relationnel.

Sans revenir sur l'ensemble des bénéfices de ces méthodes, l'intérêt ici est qu'elles contribuent à redonner intérêt et dynamisme aux activités des soignants en redécouvrant les valeurs humaines qui permettent la compréhension et l'acceptation de leur rôle d'aidant professionnel. Elles renforcent l'esprit d'équipe qui est un soutien face à la pénibilité. L'implication des soignants responsabilise et favorise la satisfaction dans le travail. La mise en évidence par les professionnels eux même de la qualité de leur travail et de leur production est particulièrement valorisante et formatrice.

L'intérêt ici pour l'attractivité et la fidélisation, est qu'elles sont source de satisfaction pour les professionnels.

Le projet de vie et le projet de soin, présents dans les exigences de qualité, sont un support à l'attractivité par les valeurs qu'ils véhiculent. Il témoigne de la motivation des équipes. Il est, en quelque sorte, le porte-parole de leur compétence et de leur dynamisme. Il témoigne des valeurs professionnelles qui les motivent, et du respect qu'elles portent à l'autre. Il traduit leur maturité et leur capacité à dépasser le rôle technique au profit de leur rôle propre. Il peut être un outil de reconnaissance pour concilier soin et vie sociale.

Leur mise en place, qui répond à la fois aux contraintes et aux ressources de l'institution ainsi qu'aux attentes et besoins des personnes accueillies, permet à l'institution accueillant des personnes âgées de se montrer.

B) Favoriser la créativité

Face aux moyens souvent limités de ces secteurs, l'imagination, l'ingéniosité dont chacun fait preuve dans les réalisations des animations par exemple, est une richesse matérielle et intellectuelle. La créativité est une ressource inestimable pour renforcer la motivation et l'enthousiasme.

Pour la favoriser, le management doit adopter un discours positif, mettant en avant les points forts de chacun ou les actions entreprises sans brider les initiatives, c'est par exemple à travers des méthodes de travail comme le brainstorming.

C) Lancer ou participer à un projet de recherche en gérontologie et publier les travaux soignants

La recherche en soins gérontologiques souffre actuellement d'insuffisance dans ses productions et ses diffusions. Le développement de la recherche en soins par les équipes gériatriques permet une reconnaissance de la spécificité de la gériatrie, l'amélioration du soin donné aux personnes âgées malades et à leur entourage, évite ainsi la routine des équipes et valorise les professionnels.

La publication des travaux réalisés est un vecteur de communication pour faire connaître encore mieux la rigueur scientifique qui fait la force de leur savoir et l'humanisme qui s'exprime dans la qualité de leur relation avec les résidents et leurs proches. Ces publications doivent être large et à l'intention des professionnels hors de la filière gériatrie pour faire découvrir cette discipline, révéler des motivations et susciter des candidatures. Un partenariat avec des instituts de gérontologie étranger, plus expérimenté dans cet exercice, peut en être l'occasion.

D) Rechercher des moyens par le biais des appels à projet

Face aux demandes de moyens parfois très simples, il faut saisir toutes les opportunités pour obtenir des moyens supplémentaires et complémentaires, les appels à projet sont fréquents et nombreux en faveur des personnes âgées, les plus connus sont ceux de la Fondation des Hôpitaux de Paris ou la Fondation de France.

L'engagement et l'implication du DS dans cette démarche sont structurants et valorisants pour les équipes.

E) Renforcer le rôle de contrôle, d'évaluation de l'équipe de cadre de la filière gériatrique dans la non-qualité

Le type de management et l'organisation mise en place est un facteur de motivation, de responsabilisation et de valorisation, en ce sens il contribue à l'attractivité et à la fidélisation. Les cadres sont garant de cette organisation et leur mode de management va Renforcer leur positionnement et leur rôle de contrôle et d'évaluation dans une logique de confiance et de respect pour les soignants et les soignées. La gestion des compétences en lien avec l'affectivité, la violence, l'autonomie... relève de la mission des cadres, leur niveau d'exigence de qualité est un atout pour renforcer la fiabilité des organisations bien traitantes.

Cette exigence dans l'évaluation des compétences et dans la lutte contre la non-qualité va valoriser et renforcer l'image du service rendu. La valorisation et la reconnaissance de

l'autre apportent plus de confort dans le travail, d'efficacité et d'enrichissement mutuel. Elle passe par l'instauration d'un climat de confiance, de respect.

- F) Prendre en compte dans l'organisation du travail et les calculs d'effectifs la nécessité d'un temps de réflexion en équipe sur les pratiques professionnelles en gériatrie

Consacrer du temps pour parler, partager et réfléchir ensemble doit faire partie du quotidien ; parce qu'ici, accorder, s'accorder du temps pour la vie est essentiel, parce que cela permet de resituer la personne âgée dans un statut de vivant, avec sa dignité, à part entière.

Les recommandations des plans gouvernementaux intègrent cette notion dans le calcul des effectifs. Plus précisément, en collaborant et en suivant la mise en place de la commission de réflexion éthique préconisée dans la recommandation n° 19 à disposition des structures partenaires.

- G) Se rapprocher de la réalité et du terrain

Aller vers les équipes concrètement. Le management « baladeur », concept développé il y a quelques années en entreprise, permet de garder le contact sur le terrain, de préciser la fonctionnalité de la structure, de prendre la mesure de la réalité et de montrer son intérêt pour les équipes. C'est aller contre la fuite qui parfois marque les comportements vis à vis de la gériatrie. La direction des soins doit être porteuse de cette démarche et se déplacer dans les services, aller à la rencontre des équipes et des patients. C'est aussi faire venir les partenaires et collaborateurs dans les services et les sites parfois éloignés, l'occasion des animations, des fêtes, est une opportunité pour inviter le directeur de l'établissement, les formateurs, c'est par la même occasion, créer du lien et de la vie.

C'est aussi aller vers les candidats potentiels au recrutement, dans les instituts de formation, lors des accueils de stage, et ainsi répondre et entendre leurs attentes.

- H) Une communication externe

Elle s'adresse aux partenaires extérieurs à l'hôpital et a pour vocation d'informer sur les projets mais surtout à travers lui de communiquer sur les valeurs et les réalisations de la gériatrie. C'est aux professionnels de venir présenter leur pratique.

Elle favorise l'implication et la contribution des acteurs du projet, elle permet de lever d'éventuels résistances ou freins, et facilite l'adhésion aux changements induits.

- I) Communiquer sur le projet lui-même

La réussite d'un projet tient à la qualité de sa communication interne et externe. Une communication efficace repose sur l'anticipation des prises de position et des réactions des différents interlocuteurs pour élaborer une stratégie spécifique et adaptée.

Les enjeux de ce projet sont importants. Le développement des projets d'amélioration de la qualité des soins, des conditions de travail, de la gestion des compétences au sein de la gériatrie, a des conséquences organisationnelles, humaines et financières pour les différents acteurs institutionnels. Il faut envisager les oppositions et les opportunités.

Les politiques gouvernementales en faveur des projets gériatriques constituent une opportunité qu'il convient de saisir pour mettre en place le projet. Les acteurs de la filière gériatriques sont à priori des ressources et des appuis pour le projet, ils ont une valorisation et des moyens à gagner. La réaction du corps médical hors de la filière gériatrique est présentée comme peu contributive au développement de ce secteur, il faut l'imaginer pour anticiper les éventuels conflits.

Conclusion

Loin d'être un évènement inéluctable, à l'image de la vieillesse, le défaut d'attractivité des métiers de la filière gériatrique tient, certes, aux représentations que nous avons de la personne âgée, mais aussi en grande partie aux conséquences du management des ressources humaines de ce secteur.

Pour tous, l'avenir de la gériatrie, est intimement lié à celui de ses personnels. Les activités de ce secteur, dans leur richesse et leur diversité, sont en effet principalement basées sur la relation humaine, laquelle mobilise pour l'essentiel une main-d'œuvre qualifiée et spécialisée. Plus les professionnels du secteur seront performants dans l'accomplissement de leurs tâches, plus les objectifs de maintien de la santé et du lien social qui leur sont fixés seront atteints au bénéfice de l'ensemble de la population.

Mais ce secteur doit aujourd'hui affronter une pénurie dont il prend conscience avec effroi. Les recruteurs sont désormais logés à la même enseigne que bon nombre d'entreprise, le marché du travail se tend. De plus en plus, pour attirer et conserver les meilleurs profils, l'entreprise doit revisiter sa politique de recrutement, se vendre, charmer avec sa politique de ressources humaines.

L'enjeu est capital, l'insuffisance des effectifs de personnels qualifiés fait craindre le développement d'interventions totalement inappropriées sur des êtres fragiles: la maltraitance.

Ce changement s'inscrit dans une réforme de fond du paysage hospitalier en général mais de la gériatrie en particulier. S'appuyant sur les multiples et récentes analyses des nouveaux besoins liées au vieillissement, la politique de santé en faveur des personnes âgées s'inscrit dans une nouvelle logique faisant une large part au libre choix, au domicile et à la qualité de vie. Dans cette démarche et dans sa mission de soins aux patients âgés qui sont ses principaux clients, l'hôpital doit s'adapter à la personne âgée et non l'inverse.

Le succès de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, face à la pénurie de professionnel, repose de ce fait sur la capacité de l'hôpital à attirer dans ces murs les compétences utiles à la réalisation de sa mission.

La stratégie du directeur de soins dans les responsabilités qui lui sont confiées, de coordination, de qualité, de formation, de gestion, doit évoluer dans ce sens.

L'accompagnement de ce changement s'appuie sur les ressources et les opportunités du contexte.

Les hommes, au sens large de ressources humaines, sont la richesse de l'entreprise, la gériatrie regorge de richesse, de motivation et de créativité, dans son savoir spécifique aux multiples facettes, ils sont la vitrine de la gériatrie hospitalière, L'intelligence collective, c'est la mise en commun des capacités d'information, de culture, de création, d'imagination de tous ceux qui forment l'entreprise, où l'on construit ensemble, où les efforts des uns et des autres ne s'additionnent pas, mais se multiplient. Il incombe au directeur des soins de les dynamiser, les valoriser et les professionnaliser.

Le contexte actuel est particulièrement porteur pour cette recomposition du paysage gériatrique, ces opportunités sont à saisir.

Les métiers de la fonction publique, dont les métiers du grand âge, bénéficient d'un contexte particulièrement porteur.

D'une part, une nouvelle « approche métier », et d'autre part, la coordination des soins qui se structure dans une fusion, naissante mais galopante, entre le secteur social et sanitaire, et qui dessine des territoires de santé, maillage de réseaux et de filières, avec une vision plus globale et multidisciplinaire de la gérontologie.

La réforme hospitalière peut également être pertinente. La modification des modes d'organisation, pour mieux satisfaire les attentes des professionnels et des patients, se construit dans une logique de processus et de parcours centrés sur le malade. La création de pôles de fonctionnement dans le cadre de la nouvelle gouvernance permettra une meilleure coordination et reconnaissance des métiers et des compétences. Ces changements qui bouleversent les établissements de soin doivent être accompagnés d'une volonté de conduite et de maîtrise des transformations et des outils qui permettront aux professionnels d'y faire face.

C'est dans son rôle de visionnaire, que le directeur des soins doit sortir des chemins tracés par l'histoire pour ouvrir les murs de la gériatrie, dynamiser et fédérer les équipes, dans une démarche anticipatrice et volontariste pour faire face à ces obligations.

Le choix d'un management pour gérer les relations et les organisations est ici essentiel en ce sens qu'il va afficher les valeurs qui soutiennent la politique de soin. Or c'est dans le partage de ces valeurs que se reconnaissent les futurs professionnels, séduits par les métiers du grand âge et leur dimension humaine. Cet élan qui les honorent, repose sur une maturité affective et un sens de la relation à l'autre faite d'écoute et de respect mutuel. Les conditions de travail offertes pour compenser la pénibilité de l'accompagnement de la grande dépendance, la qualité des soins soutenue par le leadership d'un encadrement, la gestion valorisante, professionnalisante et prospective des compétences sont autant de signes à l'intention des candidats, le temps que nous

accordons à la parole, sont le reflet du respect que nous portons, à la fois, aux personnes âgées et aux professionnels, dans cette relation de soin qui les réunit dans un rythme inhabituel pour la frénésie hospitalière, où chacun reçoit et apporte

Mais en tenant ce nouveau discours, le directeur des soins est aussi porteur d'une promesse qu'il doit, à long terme, respecter. Au risque de subir, en retour, un désenchantement et une fuite de ses compétences, garantes de la qualité des soins il ne peut pas décevoir dans ce domaine.

Le fruit de ce travail, dont la réflexion a débuté à l'occasion d'un contact plus proche avec les professionnels de la gérontologie et les personnes âgées en grande dépendance, dans le cadre d'une mission d'encadrement d'un secteur de gériatrie de longue durée.

Il repose sur la confrontation des regards des acteurs de cette mission hospitalière qui a l'originalité d'associer vie et soin, prônant l'aspect relationnel des soins et le lien social, au mépris de la classique et prégnante technicité.

Cette réflexion traduit le respect que nous avons et que nous devons à nos aînés. Elle va se poursuivre, inéluctablement, au-delà des limites pré senties ici pour aller vers d'autres professionnels et d'autres pistes de recherche. Ce travail d'analyse de nos pratiques enrichit notre expérience et nous fait... vieillir.

Bibliographie

Les ouvrages et mémoires

- 📖 AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Edition Dunod. Paris. 2^{ème} édition. 235 p.
- 📖 BERNOUX P. *La sociologie des organisations Initiation*. Edition du seuil. 1985, 5ème édition. 379 p.
- 📖 CARRICABURU D. MENORET M. *Sociologie de la santé ; Institutions, professions et maladies*. EDITION ARMAND COLIN 2005. 229 p.
- 📖 DAMERON B. *Comment devenir formateur occasionnel*. Les Editions. 1994. 160p.
- 📖 DERENNE O. LUCAS A. *Le développement des ressources humaines*. Rennes. ENSP. 2005. Vol 2. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. 445 p.
- 📖 FASSIN D. *Faire de la santé publique*. EDITIONS ENSP. 2005. 55 p.
- 📖 FHF. *L'hôpital de A à Z*. édition 2004. 273p.
- 📖 GRELET L. *La lutte contre la maltraitance en EHPAD : quelle politique du directeur des soins ?* Mémoire ENSP filière Directeur des Soins. 2006.
- 📖 MAGUEREZ G. *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*. EDITIONS ENSP. 2005. 119 p.
- 📖 MAURANGES A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier Manuel à l'usage des soignant*. Publication de la MNH. 163 p
- 📖 MECADIER C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Seli Arslan. 2002. 269 p.
- 📖 POUCHELLE C. *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*. Ed Séli Arslan. 2003. pp 97-177
- 📖 RIVAULT F. *Réduire et prévenir les négligences en institution par une réorganisation des services*. Mémoire DESSS. ENSP. Rennes. 2004
- 📖 ROBERT F. *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris. Dunod. 1998, 246 p.
- 📖 ROUSSEL P. *La visite de conventionnement des EHPAD. Guide à l'usage des partenaires conventionnels*. Rennes. ENSP. 2004. 142 p.
- 📖 SLIWKA C. *Turn-over des infirmières en Ile-de-France : quelles stratégies des Directeurs des Soins pour recruter et fidéliser ?* Mémoire ENSP. Rennes. Filiale Directeur des Soins. 2005.

Les articles de revues

- ☞ PERRENOUD P. *Le rôle des formateurs de terrain*. Paris. Hachette. pp 219-241
- ☞ LEFLOC'H B. Travailler en gériatrie : l'éthique interpellée ; *Soins Gérontologiques*. 2002. n°38. pp35-39
- ☞ AMYOT J-J. LEBRUN L. La santé mentale des personnes âgées. *Pluriels, lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*. novembre décembre 2003, n°39-40.
- ☞ ANDRIEUX S. Le "burden" : un indicateur spécifique. *Gérontologie et société*. n° 89 .juin 1999.
- ☞ ARVEILLER D La fidélisation des salariés : une tentative de réponse à la pénurie de main d'œuvre. *Cahiers du DRH* .éditions LAMY. n°36.
- ☞ BEAUFILS B COUDIN G. Les représentations relatives aux personnes âgées. *Actualités et dossier en Santé Publique* decembre.1997.n°21 ; P XII
- ☞ BERNEY V. MARAZZI A. WASSERFALLEN J-B. Evaluation de la satisfaction des infirmières. Variables de satisfaction au travail. Développement et validation d'un outil. *Recherche en Soins Infirmiers publication* .ARSI. Décembre, 2002, n°71.
- ☞ CERDIN J-L. PERETTI J-M. Fidélisation des salariés par l'entreprise à la carte. janvier février mars 2005. n°55.
- ☞ DOUTRELIGNE S. Regards ethnologiques sur les maisons de retraite. *Revue trimestrielle du centre d'analyse stratégique*. n°1, juillet 2006.
- ☞ DUPRAT P. Qu'est-ce que le "benchmarking" ? *Revue Hospitalière de France*. 2000. Vol, n° : 6, Numéro spécial, pp. 44-46.
- ☞ ENNUYER B. *interview* Les malentendus de la dépendance des personnes âgées - De l'incapacité au lien social
- ☞ GRIGNON M Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé Question d'économie de la santé – *bulletin d'information en économie de la santé*. mars 2003. n°66.
- ☞ HENRY M. Ressources humaines. Des armes contre la pénurie. *L'infirmière magazine*. Novembre 2005,n°210.
- ☞ HERVY M-P. La place de la gériatrie dans le réseau de soin. *Gérontologie vision nouvelle*, n°135.
- ☞ LANDRY D. Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement. *Gérontologie et société*. 1999. n° 90. pp 203-220.
- ☞ LEROY RAYNAL M-J. Motivation et valorisation des professionnels de l'aide. *Gérontologie vision nouvelle*, 3ème trimestre 2005, n°135.
- ☞ LEVY-LEBOYER C.Le cœur à l'ouvrage. Les ressorts de la motivation. *Sciences Humaines*. N°92.mars 1999. p23 /57.

- ☞ LHOMME J-P. L'image du travail gérontologique. Image et représentations sociales. *Gérontologie*. 2004 1, n°129, pp 29-35
- ☞ LUCAS S. Les enjeux des ressources humaines dans le management. *Revue hospitalière de France*. n° 498, pp 34-37.
- ☞ MELLOR D. NHS Recrutement et fidélisation des professionnels de santé. *Revue hospitalière de France*. Juin 2004, n° 498, pp 65-67.
- ☞ MERKLING J. La motivation dans l'entreprise. *Gestion Hospitalière*. décembre 2002, p 804.
- ☞ PAGEAU S. Toujours le vieux problème. Dossier. Recrutement. *L'infirmière magazine*. Novembre 2005, sup au n° 210 pp 5-8.
- ☞ POLTON D. Démographies professionnelles dans le secteur médico-social. Exemple des infirmières. *Revue hospitalière de France*. mars avril 2005 , n°503, pp 70-75.
- ☞ RIDELL CS. Le piège d'une médicalisation excessive. Traduction de BRENIER P. Texte intégral : <http://www.LaRecherche.fr/VIEW/322/03220841.html>
- ☞ ROUHER C. Le projet de vie individualisé. Valorisation des soins infirmiers. *Objectifs soins*. N°134, mars 2005.
- ☞ SAINSAULIEU I. Présentation d'ouvrage. Le malaise des soignants Le travail sous pression à l'hôpital. *Gestion hospitalière*, février 2004, n°433, pp.133-137.
- ☞ SAINSAULIEU R. La construction des identités au travail. *Sciences Humaines*. Hors série n°20.mars-avril 1998.pp41-47.
- ☞ STORDEUR S. perception d'une pénurie de personnel infirmier. *Revue HOSPITALS*. N°247, 2001. Disponible sur : <http://www.abhbvz.be/français/revue/hb247/stordeur.html>
- ☞ SVANDRA S. Différencier le soin et les soins. *Revue éthique et santé*. septembre 2005, volume 2, n°3.
- ☞ VERBEIREN A. Renforcer l'attrait de la profession. Que proposent les infirmiers ? *Revue hospitals*. N°247, 2001.

Les normes

- 📄 Loi n° 97-60 du 24 Janvier 1997, tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. J.O du 25/01/1997 - pp 1280-1284
- 📄 Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, J.O. du 21 juillet 2001 - pp 11737-11743 .
- 📄 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- 📄 Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- 📄 Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.
- 📄 Arrêté du 28 avril 1997 fixant le guide de l'évaluation de la personne âgée dépendante.
- 📄 Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. J.O n° 234 du 9 octobre 2003, page 17250. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- 📄 Circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation
- 📄 Circulaire DHOS/02/DGS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- 📄 Circulaire N°DHOS/P2/O2DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
- 📄 Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Fondation Nationale de Gérontologie. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1997. p 6
- 📄 Charte des professionnels en gérontologie .Elaborée par l'Institut de gérontologie du Limousin, assisté par la Fondation nationale de Gérontologie avec le soutien de la DRASS du Limousin et de la CRAM du Centre Ouest. p 6
- 📄 *Un programme pour la gériatrie*. Rapport rédigé par JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P. commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités et par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. avril 2006. 40p.
- 📄 PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE Présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille 27 juin 2006. 39p.

Études et rapports :

- ▣ *Vers quel développement des réseaux gérontologiques en région ?* Module interprofessionnel de santé publique. Animatrice : DEFEBVRE M. ENSP. 2006. 72p.
- ▣ *Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées.* Rapport présenté par TUBIANA M. Académie de médecine
- ▣ *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.* GUINCHARD KUNSTER P. juin 1999
- ▣ *La recherche sur le vieillissement et ses enjeux : état des lieux et perspectives.* Ecole Nationale d'Administration. Séminaire de questions sociales. Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques. 1999-2001. 62 p.
- ▣ *Ratios clés en maison de retraite et USLD : repères de travail et de négociation sur la base des données 2002.* La lettre de la Fédération Hospitalière de France FHF. numéro spécial EHPAD, août 2003.
- ▣ *La place de la gériatrie dans la médecine du XXI^{ème} siècle.* Colloque du 18 mars 2003. La revue de gériatrie. Sup D au tome 28, n°10, décembre 2003.
- ▣ *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social.* Rapport du Conseil Economique et Social présenté par PINAUD M. 2004, n°24.
- ▣ *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social : l'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne.* Paris; Inspection générale des affaires sociales, 2004, 112 p.
- ▣ *Attractivité des filières scientifiques et techniques. Jeunes et métiers de la recherche : vous avez dit désaffection ?* Actes du colloque des 9 et 10 janvier 2004 Paris Aspert Femmes et Sciences.
- ▣ *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant.* Etude PRESST-NEXT. CAILLARD JF. ESTRYN-BEHAR M. janvier 2004. 65p.
- ▣ *Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées.* Académie Nationale de Médecine rapport de TUBIANA M. mai 2005.
- ▣ *Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie. Recrutement des soignants et valorisation de l'exercice professionnel quelles que soient les structures de prise en charge de la personne âgée.* Préfecture de la région Ile de France. DRASS Ile de France. Rapport d'étape décembre 2005
- ▣ *Attractivité des métiers d'ingénieurs dans l'industrie aéronautique et spatiale.* Enquête Le Bourget 2005. LARUELLE G. GIFAS. Disponible sur le site <http://www.gifas.asso.fr>

- 📄 *Quelles perspectives pour les métiers de demain ?* l'apport des observatoires de branche. Juillet 2005 collection Qualification & Prospective.
- 📄 *Personnes âgées et dépendances : « vieillissement et préservation du lien social »*. Séminaire Inter- Ecoles ENSP Rennes. Dossier Documentaire. CHAUVIN K. ENNUYER B. mars 2006.
- 📄 *La nouvelle gouvernance*. Discours de BERTRAND X. Journée des directeurs de soin 21 mars 2006 disponible sur Internet : <http://www.mnemoris.com/ds/>
- 📄 *Souffrance mentale au travail*. Les cahiers de l'INTEFP. Avril 2006. p27.
- 📄 *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix. Synthèse du rapport de la mission prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes*. Conduit par LE BOULER S. Centre d'analyse stratégique. 2006.
- 📄 *Dépendances des personnes âgées et handicap : les opinions des français de 2000 à 2005*. DREES Etudes et Résultats. Mai 2006, n° 491.
- 📄 *Les Français et le grand âge*. Sondage réalisé en février 2005. disponible sur Revue hospitalière de France. Mars avril 2005, n°503.
- 📄 *L'approche « métier » dans le respect d'une fonction publique de carrière* journée d'étude que la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et l'Observatoire de l'emploi public ont organisée. Paris, le 26 mars 2003

Les sites électroniques :

- 📄 www.c2rsante.fr centre régional de ressources sur l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé
- 📄 <http://www.fng.fr/> Fondation Nationale de Gérontologie
- 📄 <http://www.sfgg.fr/> Société française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
- 📄 <http://www.sngc.org/> Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC)
- 📄 <http://www.personnes-agees.gouv.fr> site officiel du secrétariat d'état
- 📄 <http://www.indicerh.net>
- 📄 <http://www.gifas.asso.fr>

Liste des annexes

- annexe n° 1 questionnaire de l'enquête auprès des personnels soignants dans un CHU
- annexe n°2 : résultats partiels de l'enquête
- annexe n°3 : guides d'entretien auprès des étudiants
- annexe n°4 : guide d'entretien auprès des directeurs et cadres

Annexe n° 1 QUESTIONNAIRE

1. **Site :**
2. **Unités :**
3. **Age :** 18/25 26/35 36/45 46/55 Et plus
4. **Sexe :** Féminin Masculin
5. **grade :** ASH Aide Soignante Infirmière Cadre
6. **Fonction occupée :**
ASH Aide Soignante infirmière
Cadre
7. **Temps de travail**
Temps plein Temps partiel
8. **Domicile :** distance en kms par rapport au lieu de travail (aller simple) :
9. **Domicile :** Temps passé du domicile au lieu de travail (aller simple) :
10. Depuis combien de temps travaillez-vous en secteur de gériatrie :
11. Avez-vous choisi de travailler dans ce secteur :
oui non
 - Pour quelles raisons ?.....
 - dans quel secteur auriez vous aimé travailler
12. Avez-vous déjà exercé une autre profession avant de travailler à l'hôpital ?
oui non
13. Avez-vous déjà travaillé dans un autre service hospitalier (en dehors de vos stages) ?
oui non
Si oui dans quel secteur d'activité
14. Envisagez-vous de rester en gériatrie
oui non
 - si oui pour quelles raisons
 - si non à quel moment envisagez vous de quitter la gériatrie :
dés que possible dans les 2 ans dans les 5 ans autres

Le motif ou les motifs seraient :

L'éloignement :

Avoir une autre expérience , autre service

Raison de santé

Fatigue physique

Fatigue psychique

Image de la filière geriatric
15. Etes-vous globalement **satisfait de votre travail** oui non
16. Classez par ordre croissant **les éléments de satisfaction** dans votre travail :
n°.....le contact avec les personnes âgées
n°.....l'animation
n°.....le travail en équipe pluridisciplinaire
n°.....la toilette
n°.....le repas
n°.....l'accompagnement des familles
n°.....l'autonomie professionnelle
n°.....la spécificité d'un lieu de vie
n°.....la durée de séjour des personnes

n°....le rythme de travail

n°....les conditions de travail

17. Etes-vous globalement **satisfait de vos conditions de travail** :oui non

18. Classer par priorité les éléments à améliorer dans votre travail en commençant par ceux qui vous semblent les plus importants :

n°.....le planning

n°.....la qualité du matériel

n°.....le nombre de soignants

n°.....le travail en équipe ,le climat de travail

n°.....les horaires

n°.....le cadre de vie – les locaux

n°.....parcours professionnel ,évolution de carrière

19. Que trouvez-vous le plus pénible dans votre travail : classer en commençant par l'élément le plus pénible :

n°....soulever les malades

n°....les changer

n°....faire la toilette

n°....l'alimentation

n°....les soins d'escarre

n°....les soins de fin de vie

n°....les conditions de travail

n°....les relations avec les personnes ayant des troubles cognitifs

n°.... l'accompagnement des familles

n°....l'agressivité

20. votre formation initiale vous semble t elle adaptée à l'exercice professionnel ?

oui non si non pourquoi.....

21. Pensez-vous qu'une formation complémentaire est nécessaire pour travailler en secteur de gériatrie long séjour ou maison de retraite ?

oui non

* Si oui : de quel type :sur quels sujets :

n°les pathologies

n°.....les techniques de soin

n°.....l'animation

n°.....la famille

n°.....la fin de vie

autres.....

22. Etes-vous satisfait du travail en collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire?

oui non

23. Etes-vous satisfait de vos relations avec les médecins ?

oui non

24. Etes-vous satisfait de vos relations avec les cadres de santé ?

oui non

25. quelles propositions d'amélioration feriez vous ?

.....

26. Souhaiteriez-vous avoir plus de communication :

- | | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| * avec le résidant | oui | non |
| * avec les familles | oui | non |
| * avec les médecins | oui | non |
| * entre l'équipe paramédicale | oui | non |
| * avec l'équipe d'encadrement | oui | non |

27. Les réunions d'équipe sont elles, à votre avis, :

- | | | |
|------------------------|-----|-----|
| * trop courtes | oui | non |
| * trop longues | oui | non |
| * trop fréquentes | oui | non |
| * pas assez fréquentes | oui | non |
| * indispensables | oui | non |
| * sans intérêt | oui | non |

28. Pensez-vous que l'on tienne suffisamment
compte de votre avis ?

oui non

29. Quelles sont, pour vous , les qualités indispensable pour travailler en gériatrie ?

Classer les par ordre croissant :

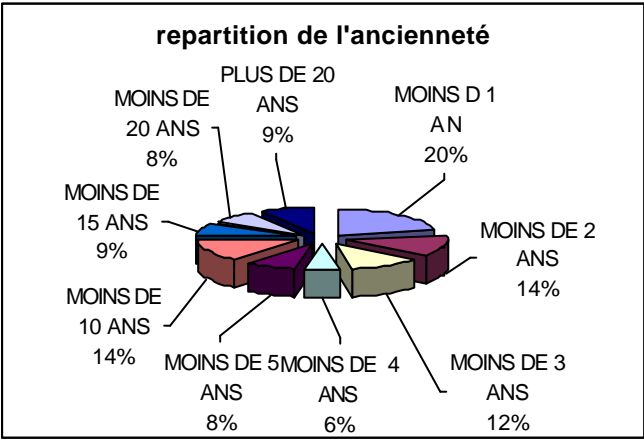
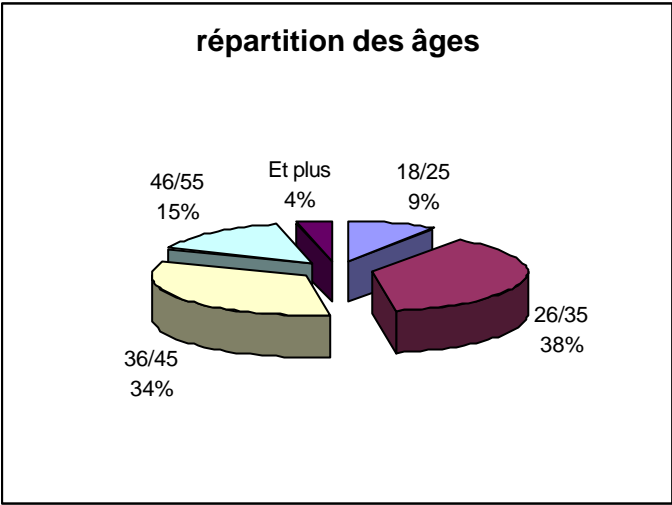
- n° 1.....
- n° 2.....
- n° 3.....
- n° 4.....
- n° 5.....
- n° 6.....

30. Quelles sont, pour vous, les compétences indispensables pour travailler en gériatrie ?

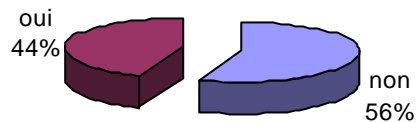
Classez les par ordre croissant :

- n° 1.....
- n° 2.....
- n° 3.....
- n° 4.....
- n° 5.....

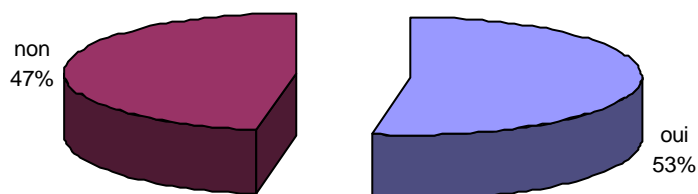
Annexe n°2 :RESULTATS "PARTIELS du QUESTIONNAIRES CHU



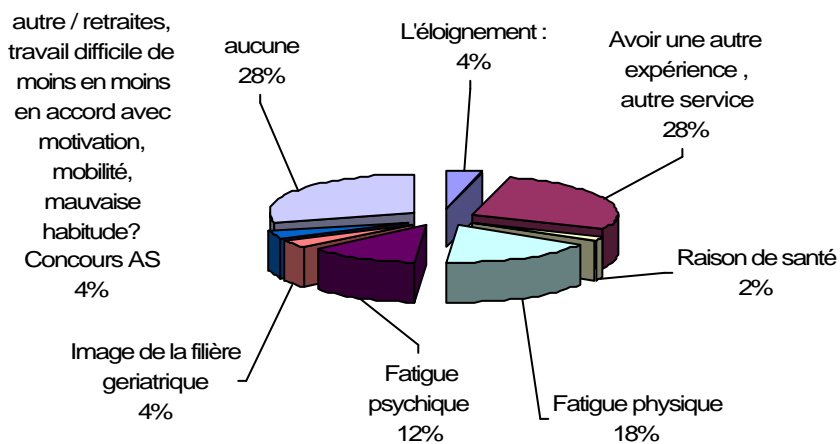
avez vous deja une experience hospitaliere avant la gériatrie?



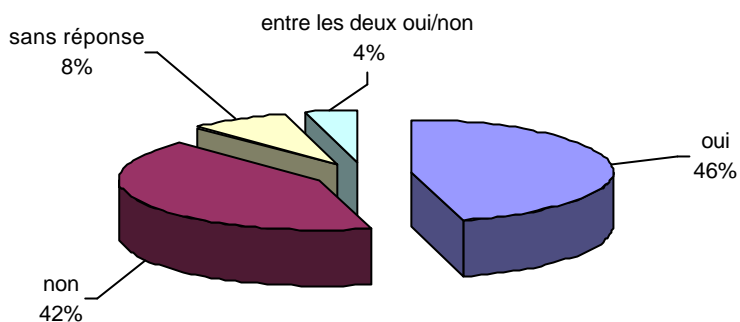
envisagez vous de rester en gériatrie ?



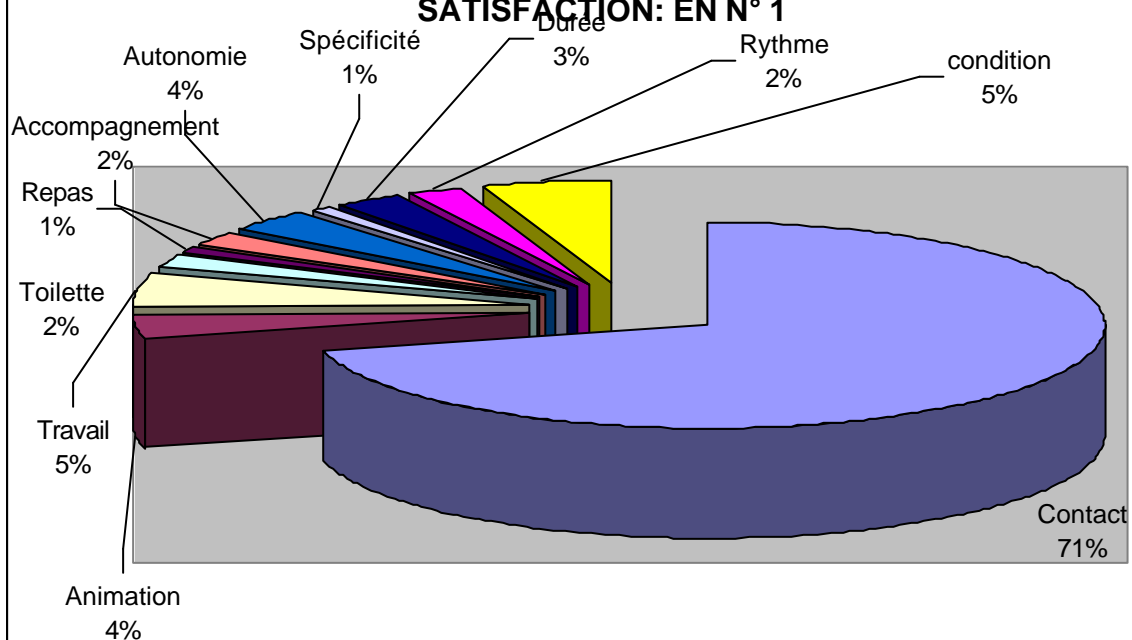
le motif de votre départ serait ?



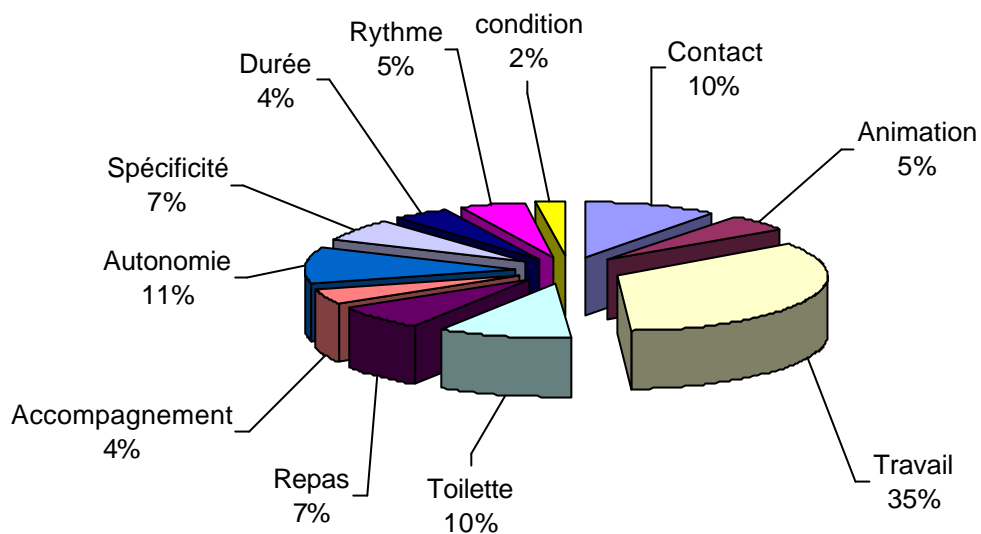
êtes vous globalement satisfait de vos conditions de travail?



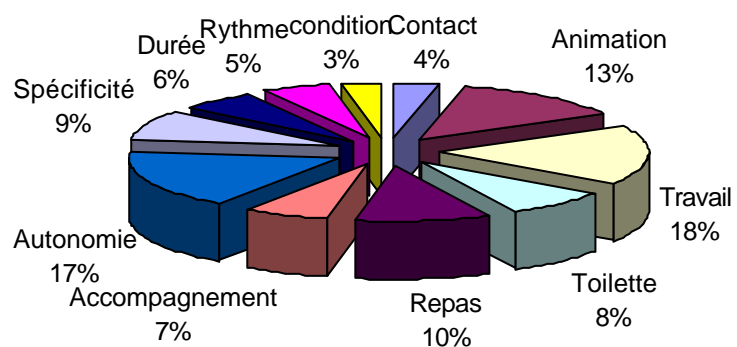
CLASSEZ PAR ORDRE CROISSANT LES ELEMENTS DE SATISFACTION: EN N° 1



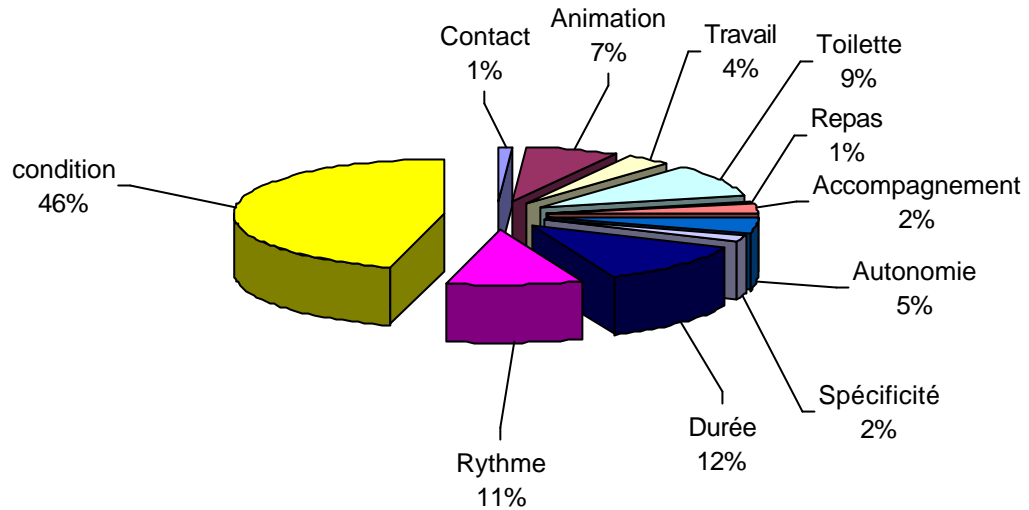
CLASSEZ PAR ORDRE CROISSANT LES ELEMENTS DE SATISFACTION : EN N° 2



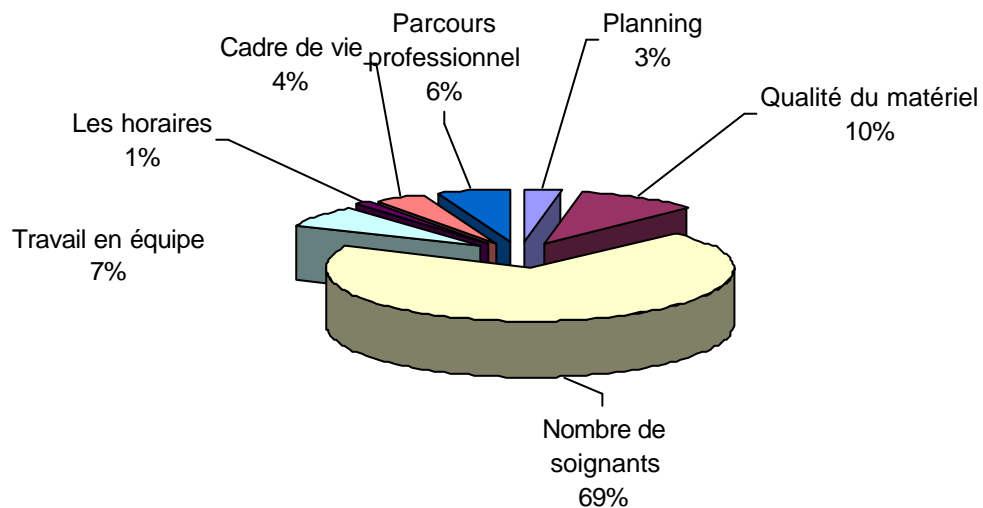
CLASSEZ PAR ORDRE CROISSANT LES ELEMENTS DE SATISFACTION : EN N° 3



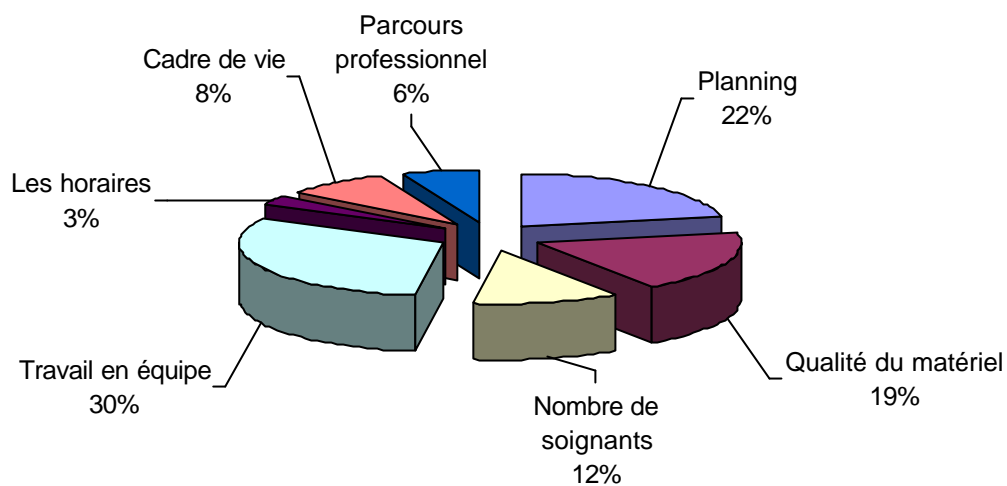
CLASSEZ PAR ORDRE CROISSANT LES ELEMENTS DE SATISFACTION : EN DERNIER (/11)



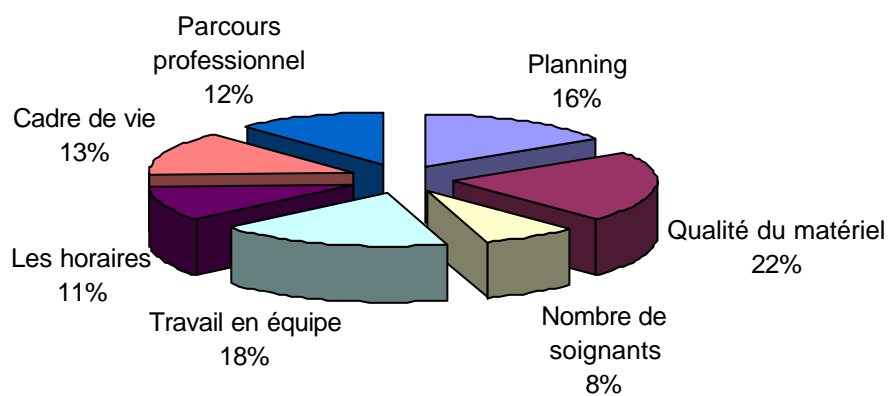
CLASSEZ PAR ORDRE DE PRIORITE LES ELEMENTS A AMELIORER : EN N° 1



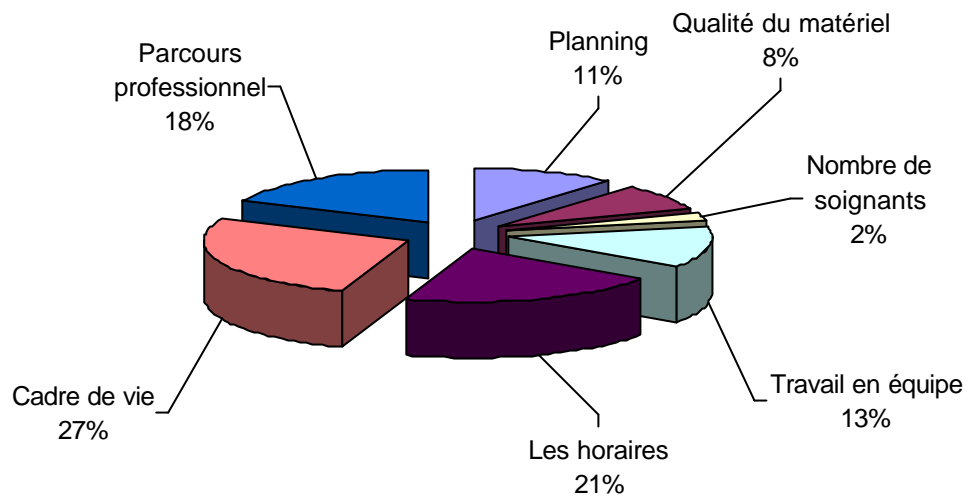
CLASSEZ PAR ORDRE DE PRIORITE LES ELEMENTS A AMELIORE : EN N°2



CLASSEZ PAR ORDRE DE PRIORITE LES ELEMENTS A AMELIORER : EN N°3



**CLASSEZ PAR ORDRE DE PRIORITE LES ELEMENTS A
AMELIORER : EN DERNIER (sur 7)**



Annexe n° 2: GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF AUPRES DES ELEVES AS et ETUDIANTS IDE

Objectif : recueillir leurs opinions, leurs motivations ou attentes ; aussi les faire parler de leurs expériences vécues, leurs pratiques en gériatrie.

Pour comprendre leurs motivations, attentes et réticences face à la gériatrie

Consigne

Dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur le recrutement du personnel, en tant que futures professionnelles, pouvez-vous me dire dans quel type de service vous aimeriez travailler à la sortie de votre formation ?

Ce que vous pensez de l'exercice professionnel en gériatrie ?

(votre opinion ..)

pouvez vous me dire comment est organisé le recrutement pour vous?

(description de..)

GUIDE SEMI DIRECTIF	THEMES A ABORDER
<p>Dans un premier temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quel est votre projet professionnel ? • quelles sont les raisons de ce choix ? • quelles sont vos attentes ? • quelles sont vos craintes ? <p>• comment se passe l'étape de recrutement pour vous ?</p> <p>enfin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quoi consiste pour vous le travail en gériatrie ? • quelles sont pour vous les satisfactions et les difficultés qu'on y rencontre ? • quelles seraient vos propositions pour rendre attractif ce secteur ? 	<ul style="list-style-type: none"> • les éléments de choix d'un secteur d'activité • leurs expériences et leur connaissance des différents services, de la gériatrie • l'impact de la formation et des encadrements en stage (à travers : lieux de stage, satisfaction / stages, / encadrement ; ce qui a le plus plu / le moins plu dans les stages) • leurs représentations de la personne âgée, de la gériatrie et des professionnels y travaillant • les facteurs de satisfaction et de rejet d'un secteur d'activité • l'importance des conditions de travail, des facteurs relationnels, financiers, statutaires

Les thèmes sont abordés au fil de l'entretien en respectant le cheminement suivi par le ou les personnes interviewées.

Annexe n° 3 :GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF AUPRES DES DIRIGEANTS

Je vous remercie de me recevoir

Dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur le recrutement du personnel en gériatrie

en tant que directeur de pouvez vous me dire comment est organisé le recrutement?quelle politique ?quelle stratégie ? qu'en pensez vous ?

GUIDE SEMI DIRECTIF	THEMES A ABORDER
<ul style="list-style-type: none"> • En quoi consiste pour vous ce rôle ? • Dans cet objectif, avec qui êtes vous amenez à travailler ? • observez vous une évolution de ce rôle dans le temps ? • quelles sont pour vous les difficultés rencontrées ? • quelles seraient vos <i>propositions</i> d'amélioration ? 	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi consiste pour vous ce rôle ? <ul style="list-style-type: none"> ○ vos actions, activités, prévoir, décider, déléguer, contrôler ○ votre mission, lettre, profil de poste ○ projet, management, gestion, relation ○ votre responsabilité • Dans cet objectif, avec qui êtes vous amenez à travailler ? <ul style="list-style-type: none"> ○ vos partenaires ? ○ vos collaborateurs ? ○ vos subordonnées ? • observez vous une évolution de ce rôle dans le temps ? <ul style="list-style-type: none"> ○ pôle • quelles sont pour vous les difficultés rencontrées ? <ul style="list-style-type: none"> ○ quelles sont vos attentes ? ○ quelles seraient vos propositions ?

Les thèmes sont abordés au fil de l'entretien selon le cheminement suivi par l'interviewé