



EDH

Promotion : **2009 - 2011**

Date du Jury : **décembre 2010**

**La qualité de vie au travail :
Une réponse aux difficultés de
recrutement et de maintien dans
l'emploi des personnels infirmiers**

Sébastien LE CORRE

Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des personnes m'ayant accompagné dans ce travail et en particulier à Marie-Elisabeth Cosson-Hamon, sociologue chargé d'enseignement à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui a su m'apporter les conseils et l'appui nécessaires à l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite également remercier le Directeur Général du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Richard BREBAN, ainsi que tous les membres de son équipe pour leur accueil chaleureux et les conditions de travail très favorables que chacun d'entre eux a su m'offrir. Je remercie plus particulièrement Jacques LOUARN, Directeur Adjoint chargé des affaires financières, des systèmes d'information et de l'analyse de gestion, et également maître de stage, pour son professionnalisme, son soutien et son accompagnement dans le choix de cette thématique. Je remercie également Olivier BELLEC, Directeur des Ressources Humaines, pour ses précieux conseils et son regard d'expert sur la question traitée. Enfin, je souhaite aussi exprimer toute ma reconnaissance à Bernard LAURENT, Directeur des Soins, pour le temps qu'il m'a consacré, les critiques constructives dont il m'a fait bénéficier.

Je remercie bien évidemment Sébastien CAPDEVIELLE, analyste de gestion, pour sa précieuse contribution au traitement des données recueillies à travers le questionnaire adressé aux personnels infirmiers.

Je souhaite enfin remercier toutes les personnes qui ont accepté de répondre favorablement à mes sollicitations d'entretiens, ainsi que tous les personnels infirmiers de l'établissement qui ont, en acceptant de répondre au questionnaire, contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 1 |
| 1 La qualité de vie au travail : un enjeu majeur face aux difficultés de recrutement des personnels infirmiers au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix..... | 5 |
| 1.1 Les infirmiers : des professionnels très prisés..... | 5 |
| 1.1.1 Les personnels infirmiers : portrait et évolutions du métier..... | 5 |
| A) La profession infirmière | 5 |
| a) Chiffres clés..... | 5 |
| b) Un nouveau dispositif de formation..... | 6 |
| c) De nouvelles perspectives de rémunération | 6 |
| B) Une profession en pleine évolution | 7 |
| a) Un travail qui a profondément évolué | 7 |
| b) Une profession, plusieurs métiers et de nouvelles perspectives | 8 |
| c) Une nouvelle génération..... | 8 |
| d) L'influence du contexte budgétaire sur le métier | 9 |
| 1.1.2 Le recrutement des personnels infirmiers : une gestion complexe à laquelle le CHPM n'échappe pas | 10 |
| A) Présentation du CHPM | 10 |
| B) Les difficultés de recrutement au niveau national : éléments de contexte ... | 11 |
| a) Un contexte de « pénurie » ?..... | 11 |
| b) L'évolution prévisionnelle des effectifs | 12 |
| c) Des inégalités territoriales..... | 12 |
| d) Les quotas en IFSI | 13 |
| e) L'impact de la réforme des retraites sur les effectifs infirmiers | 14 |
| C) L'attractivité en question | 15 |
| a) Des différences entre les établissements..... | 15 |
| b) Une crise de vocation ? | 16 |
| D) Un contexte qui n'épargne pas le CHPM | 16 |
| a) Des éléments d'explication conjoncturels et structurels | 17 |
| b) Des difficultés relatives mais un impact fort sur la qualité de vie au travail des équipes soignantes | 19 |
| 1.2 La qualité de vie au travail : une notion ancienne pour des enjeux très actuels . | 20 |
| A) Historique d'un concept | 20 |
| a) Les années 1960 : point de départ de l'intérêt porté à la notion de qualité de vie au travail | 20 |

| | | |
|-------|--|----|
| b) | La quête d'un consensus sur la définition du concept..... | 21 |
| B) | La qualité de vie au travail..... | 22 |
| a) | Les fondements du concept | 22 |
| b) | Définitions du concept de « qualité de vie au travail » | 22 |
| c) | Un élément de réponse aux difficultés rencontrées par le CHPM..... | 25 |
| 2 | La qualité de vie au travail : élément de réponse et axe stratégique de la gestion des ressources humaines | 26 |
| 2.1 | Conditions d'exercice des personnels infirmiers : source de difficultés de recrutement ? | 26 |
| 2.1.1 | Une pénibilité au travail ? | 26 |
| A) | De nombreuses contraintes..... | 26 |
| 2.1.2 | La qualité de vie au travail au CHPM : résultats de l'enquête menée auprès des personnels infirmiers..... | 27 |
| A) | Propos d'infirmières du CHPM | 28 |
| B) | Résultats de l'enquête..... | 29 |
| a) | Taux de réponse et analyse du profil des répondants | 29 |
| b) | Organisation du travail | 30 |
| c) | Relations interprofessionnelles..... | 31 |
| d) | Reconnaissance au travail | 32 |
| e) | Articulations entre le travail et la vie privée..... | 33 |
| f) | Progression professionnelle | 33 |
| g) | Environnement de travail..... | 34 |
| h) | Charge de travail..... | 34 |
| i) | Critères psycho-sociaux..... | 34 |
| j) | Rémunération | 35 |
| C) | Evaluation globale de la qualité de vie au travail | 35 |
| 2.2 | La qualité de vie au travail : un outil incontournable de la gestion des ressources humaines déjà décliné au CHPM..... | 37 |
| 2.2.1 | La politique de qualité de vie au travail au CHPM | 37 |
| A) | Le projet social 2008-2012 | 38 |
| a) | Valoriser et favoriser l'implication des professionnels à travers un meilleur accès à la formation et une meilleure lisibilité des potentielles d'évolutions professionnelles | 38 |
| b) | Améliorer les conditions de travail par l'optimisation des organisations de travail, le respect des champs de compétences et par l'affirmation d'une politique de prévention des risques professionnels..... | 39 |
| c) | Promouvoir la communication interne en renforçant les relais de diffusion de l'information et le dialogue social..... | 40 |

| | |
|--|----|
| d) Maintenir l'attractivité de l'établissement en favorisant une qualité de vie au travail..... | 40 |
| B) La formalisation du document unique | 41 |
| C) La promotion de la mobilité..... | 41 |
| D) La commission de maintien dans l'emploi..... | 42 |
| E) La prise en compte des risques psycho-sociaux..... | 43 |
| F) Mise à disposition de places en crèche pour les enfants des personnels hospitaliers..... | 43 |
| 2.3 Les perspectives de renforcement d'une politique de qualité de vie au travail au CHPM | 44 |
| 2.3.1 Eléments de benchmarking | 44 |
| A) La QVT perçue par différents DRH | 44 |
| B) Des initiatives diverses | 45 |
| a) Améliorer l'organisation du temps de travail | 46 |
| b) Promouvoir la mobilité interne | 48 |
| c) Actions portant sur la charge de travail | 48 |
| d) Favoriser de bonnes relations interpersonnelles sur le lieu de travail | 49 |
| 2.3.2 Des propositions de développement de la politique de qualité de vie au travail au CHPM..... | 50 |
| A) Préconisations d'actions participant à l'amélioration de la QVT | 50 |
| a) Systématiser l'évaluation de la charge de travail | 50 |
| b) Réaliser une cartographie des Risques Psycho Sociaux (RPS)..... | 51 |
| c) Mise à disposition de l'ensemble des personnels d'un psychologue du travail | 52 |
| d) Pérennisation de modalités de mise à disposition de places en crèche | 53 |
| e) Association systématique du service de santé au travail aux projets de restructuration..... | 54 |
| B) Evaluation des actions d'amélioration de la QVT | 54 |
| C) La communication : un axe majeur du développement de la politique de qualité de vie au travail..... | 55 |
| Conclusion..... | 57 |
| Bibliographie..... | 59 |
| Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------|--|
| ANACT : | Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail |
| CHPM : | Centre Hospitalier des Pays de Morlaix |
| CHSCT : | Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail |
| CII : | Conseil International des Infirmières |
| CLACT : | Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail |
| DARES : | Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques |
| DRESS : | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| EPRD : | Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses |
| ETP : | Equivalent Temps Plein |
| FPH : | Fonction Publique Hospitalière |
| HAS : | Haute Autorité de Santé |
| IADE : | Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat |
| IBODE : | Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat |
| IDE : | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IFSI : | Institut de Formation en Soins Infirmiers |
| ISQVT : | Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail |
| LMD : | Licence-Master-Doctorat |
| MCO : | Médecine Chirurgie Obstétrique |
| PMI : | Protection Maternelle Infantile |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| QVT : | Qualité de Vie au Travail |
| RPS : | Risques Psycho Sociaux |
| SSR : | Soins de Suite et de Réadaptation |

Introduction

La récente vague de suicides survenus au sein d'une entreprise française de télécommunication, largement médiatisée, a mis en lumière un phénomène nouveau, sous-estimé, et dont les proportions se montrent préoccupantes : le mal-être au travail. La prise de conscience actuelle de ce problème majeur par les pouvoirs publics conduit à de nombreuses initiatives. Parmi celles-ci, il est à noter le lancement par le ministre du travail en octobre 2009 d'un plan d'urgence pour la prévention du stress au travail, d'un deuxième plan santé au travail 2010-2014¹, ou bien encore le rapport Lachmann sur le bien-être et l'efficacité au travail². Ces rapports convergent vers une idée centrale : la qualité de vie au travail (QVT) est de la responsabilité de l'employeur et se doit d'être au cœur de la politique des ressources humaines de toute entreprise ou administration.

Cette notion de qualité de vie au travail, popularisée en France grâce au réseau des Agences Nationales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), est en fait apparue dans les années soixante. Plus ou moins défini, ce concept a, notamment dans les années quatre-vingt, fait l'objet d'un vif intérêt. Ainsi, un nombre important de publications sont parues durant cette période sur le sujet. Deux chercheurs québécois, les professeurs Martel et Dupuis, l'ont ainsi défini : « *La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail, où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société* »³. L'inscription récente d'un critère relatif au niveau de qualité de vie au travail dans le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) matérialise, dorénavant, le lien étroit existant entre ce concept et la gestion des ressources humaines.

Faire de ce concept le fil conducteur d'une politique de gestion des ressources humaines constitue donc une véritable opportunité pour les établissements de santé. En effet, de nombreux métiers hospitaliers présentent des caractéristiques conduisant à admettre et à reconnaître qu'une certaine forme de pénibilité au travail existe dans ces structures. Si ce constat vaut bien évidemment pour de nombreux métiers à l'hôpital, j'ai choisi dans le cadre de ce mémoire, de m'intéresser tout particulièrement, à la situation des personnels infirmiers pour plusieurs raisons. La première est que l'on évoque depuis de nombreuses

¹ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, *Le plan santé au travail 2010-2014*, disponible sur <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

² LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, « *Bien-être et efficacité au travail* », disponible sur <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

³ DUPUIS G., MARTEL J-P., VOIROL C., BIBEAU L., HEBERT-BONNEVILLE N., juillet 2009, *La qualité de vie au travail : bilan de connaissances*, p. 30-31.

années la pénurie qui touche cette catégorie de personnel. Si elle s'avère être une difficulté à l'échelle mondiale - dont se préoccupe le Conseil International des Infirmières (CII) -, elle est, à l'échelon européen, plus nuancée selon les pays. En France, la situation de pénurie, qui semble avoir connu son paroxysme dans le début des années 2000, n'apparaît aujourd'hui que partiellement résolue. De plus, selon certains auteurs, l'attractivité même de la profession paraît être aujourd'hui en déclin. Ce phénomène, plus ou moins marqué selon les régions, constitue un véritable problème dans la gestion quotidienne de ces personnels et occasionne un certain nombre de dysfonctionnements régulièrement évoqués par les personnels eux-mêmes, notamment en raison des remaniements réguliers des équipes, devenues instables. Cette situation a suscité de nombreuses initiatives de la part des établissements les plus concernés, permettant à la fois d'accroître l'attractivité de leur structure, mais aussi de fidéliser les personnels en poste. Ensuite, au-delà du recrutement particulièrement difficile, le vieillissement prévisible de la population infirmière, auquel n'échappe pas le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM), représente une difficulté supplémentaire en termes de gestion prévisionnelle de ces compétences, puisqu'il pose à la fois la question du renouvellement de la génération partant à la retraite mais aussi celle du maintien dans l'emploi des professionnels les plus âgés. L'inscription des directions des ressources humaines dans la composante sociale de la démarche plus globale du développement durable constitue, à ce titre, un début de réponse.

Au regard de ces éléments, devant la persistance des difficultés rencontrées par le CHPM à assurer un recrutement en personnel infirmier suffisant, et du fait d'un intérêt croissant porté par ces derniers à la notion de qualité de vie au travail, concept très largement mis en lumière par les différents supports médiatiques et dont les organisations syndicales et Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) se sont depuis longtemps emparé, le déploiement d'une politique de qualité de vie au travail m'est apparu comme un élément de réflexion majeur.

Autrement dit, dans quelle mesure le développement d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail peut-il constituer une réponse durable et efficace aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers au CHPM ?

Pour répondre à cette question, j'ai d'abord jugé utile de réaliser une évaluation de la qualité de vie au travail des personnels infirmiers dans cet établissement. Cela m'a conduit à choisir deux outils méthodologiques. J'ai, en premier lieu, conduit des entretiens semi-directifs auprès de trois infirmières du CHPM. Ces dernières se sont portées volontaires après avoir été informées de la démarche par le cadre de santé de leur

service. Parallèlement, une enquête par questionnaires a été conduite auprès de l'ensemble des personnels infirmiers, spécialisés ou non, tous secteurs d'activité confondus [Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), secteur personnes âgées, et secteur psychiatrique]. Mon choix s'est porté sur cet outil car il permettait la sollicitation de tous les agents visés dans le cadre de ce mémoire. L'enjeu était ici d'obtenir un échantillon significatif afin d'obtenir un résultat le plus représentatif possible de la situation au CHPM. L'ensemble des données recueillies a été saisie sur un fichier Excel, agrémenté de formules permettant la réalisation de requêtes simples et croisées. Concernant le choix des questions portées sur l'outil, je me suis inspiré d'un certain nombre de modèles, notamment de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail (ISQVT)⁴. Ainsi, l'ensemble des questions posées abordent les différents domaines identifiés par cet outil comme ayant une incidence sur la qualité de vie au travail. Le questionnaire laisse également la possibilité aux enquêtés de s'exprimer librement. Cela a permis le recensement d'informations qualitatives. J'ai, par ailleurs, effectué un entretien auprès des deux médecins du service de santé au travail du CHPM afin d'étayer les résultats de l'enquête. Enfin, dans un souci d'ouverture et de comparaison, j'ai conduit des entretiens semi-directifs auprès de trois directeurs des ressources humaines exerçant dans des établissements aux caractéristiques peu ou prou similaires.

Ainsi, après avoir présenté ce qui caractérise à la fois la profession infirmière aujourd'hui et le contexte dans lequel elle évolue, il conviendra d'exposer les difficultés de recrutement rencontrées, sur un plan général, par la direction des ressources humaines et en particulier par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix de manière un peu plus aigüe depuis deux ans. Outre ce que ces difficultés représentent pour assurer le bon fonctionnement de l'institution, les répercussions potentiellement délétères que cela peut avoir sur la qualité de vie au travail des soignants présents sur le terrain ne peuvent être négligées. Cet élément pouvant être considéré comme un enjeu majeur face aux difficultés rencontrées, la définition et l'appréhension du concept de qualité de vie au travail se pose comme un préalable indispensable à la poursuite de l'étude **(partie 1)**.

Face aux difficultés de recrutement, la politique de qualité de vie au travail représente un outil incontournable à disposition de la direction des ressources humaines. La présentation des résultats de l'enquête conduite auprès des infirmières de l'établissement

⁴ L'ISQVT© découle des travaux de Martel (2004), Martel et Dupuis (2004), Dupuis et Martel (2004), Martel et Dupuis (2006) et Dupuis, Voirol et Martel (2006). L'ISQVT© est un instrument de mesure de la qualité de vie au travail. Il permet de poser un diagnostic organisationnel qui, dans une perspective de solution de problèmes ou de prévention, sert de base à l'élaboration d'un plan d'intervention.

laisse entrevoir une marge de manœuvre notable en la matière. Ainsi, bien que le CHPM soit déjà engagé dans une démarche visant à promouvoir la QVT, son développement, au travers la formulation d'un certain nombre de propositions, représente un axe stratégique de la gestion des ressources humaines et constitue, sur le long terme, un élément de réponse aux difficultés rencontrées par le CHPM **(partie 2)**.

1 La qualité de vie au travail : un enjeu majeur face aux difficultés de recrutement des personnels infirmiers au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

La gestion des personnels soignants, et plus particulièrement des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), pose des difficultés à la fois en termes de recrutement et de fidélisation. S'il s'agit là d'une préoccupation quotidienne des directions des ressources humaines, cela a également des conséquences directes, dans les services, sur les équipes soignantes. L'impact réel sur la qualité de vie au travail de ces agents, véritable enjeu au regard des difficultés rencontrées, impose un approfondissement de la connaissance de ce concept.

1.1 Les infirmiers : des professionnels très prisés

Les IDE constituent la catégorie de personnels la plus représentée dans les établissements de santé puisqu'environ quatre Equivalents Temps Plein (ETP) sur dix personnels non médicaux soignants sont des infirmières⁵. Elle suscite, depuis plusieurs années, une attention particulière. En effet, si le nombre de professionnel continue de croître, les difficultés à recruter des infirmières sont une réalité fréquente pour les directions des ressources humaines.

1.1.1 Les personnels infirmiers : portrait et évolutions du métier

La connaissance du métier d'infirmière et du contexte dans lequel elles évoluent constitue un préalable indispensable pour appréhender le sujet.

A) La profession infirmière

a) *Chiffres clés*

La profession infirmière occupe une fonction centrale dans la chaîne de soins. Au sein des établissements de santé, en collaboration avec les médecins qui y exercent, les infirmières⁶ mettent en œuvre des techniques et des protocoles toujours plus pointus, qui nécessitent des compétences et une formation davantage spécialisées.

Les personnels infirmiers représentent la famille professionnelle la plus nombreuse parmi les personnels paramédicaux dans les établissements hospitaliers. Dans un rapport

⁵ FIZZALA A., octobre 2007, « un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *DREES – Etudes et résultats*, n°605.

⁶ Entendre à chaque fois « infirmières et infirmiers »

publié par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁷, le lecteur apprend que la France métropolitaine compte au 1^{er} janvier 2009, 495 834 infirmiers et que la densité moyenne est de 803 infirmiers pour 100 000 habitants.

Les infirmières exercent dans de nombreux secteurs en tant que salariés ou libéraux. La répartition des professionnels en fonction des secteurs d'activité montre que 86% des infirmiers sont salariés – dont 73% dans des établissements de santé publics ou privés. Près de 14% exercent dans le secteur libéral. Les infirmiers salariés travaillent pour une grande partie dans les établissements publics : 54,3 %. Ce qui représente près de 266 000 d'entre eux.

L'âge moyen des infirmiers est de 42,1 ans. 29,4 % d'entre eux sont âgés de 50 ans ou plus. L'âge moyen est notablement plus élevé dans les activités de prévention, en entreprise et en PMI (parfois très proche de 50 ans). La profession est très féminisée puisque 87,5% des infirmiers sont des femmes. Par ailleurs, 8,4% des infirmiers sont spécialisées. Un tiers possède un diplôme d'état de puériculture (35% des spécialisations ou de l'encadrement). Les infirmiers anesthésistes (IADE) ou de bloc opératoire (IBODE) représentent 34% des spécialisations et l'encadrement 31% de ce même ensemble.

b) Un nouveau dispositif de formation

La formation des infirmiers est engagée dans le processus Licence-Master-Doctorat (LMD) depuis la rentrée 2009. Cette formation s'inscrit dans l'architecture européenne des études supérieures. Les étudiants en soins infirmiers inscrits en première année à compter de la rentrée 2009 se verront donc délivrer, conjointement au Diplôme d'Etat, le grade de licence à partir de 2012. Cette évolution pourrait constituer, dans un contexte démographique préoccupant, un facteur d'attractivité.

c) De nouvelles perspectives de rémunération

La réforme LMD se traduit par des évolutions de carrière dans la fonction publique hospitalière. Les personnels déjà en poste à l'hôpital public, seront en effet libre de choisir entre :

- la poursuite de leur carrière en catégorie B avec les évolutions appliquées à celle-ci,
- l'intégration en catégorie A dès le mois de décembre 2010, avec une durée de carrière prolongée, sur une nouvelle grille de rémunération plus intéressante, grille qui sera revalorisée en 2012 et 2015. La revalorisation de la rémunération nette globale des

⁷ SICART D., avril 2009, « Les professions de santé au 1er janvier 2009 », *DRESS - Série statistiques*, n°131.

professionnels infirmiers s'élèvera à plus 2118 €/an en début de carrière et à plus de 3801 €/an en fin de carrière⁸.

B) Une profession en pleine évolution

Décrire la profession infirmière sans évoquer le contexte dans lequel les professionnels évoluent aujourd'hui serait un non-sens. En effet, le travail, les perspectives d'évolution, ainsi que l'environnement dans lequel exercent les infirmières changent rapidement.

a) *Un travail qui a profondément évolué*

Il est important, en premier lieu, de constater brièvement l'évolution qu'a connu le travail d'infirmier au cours de ces dernières années.

Tout d'abord l'amélioration du matériel et des techniques de soin a apporté un plus grand confort pour le professionnel et une meilleure qualité des soins pour le patient ; le développement du matériel à usage unique, des lits à hauteur variable, le matériel de surveillance en sont, entre autres exemples, les éléments les plus marquants.

Une autre évolution a eu un impact indirect sur le travail infirmier : Il s'agit de la réduction considérable de la durée de séjour des patients à l'hôpital, phénomène occasionnant un taux de rotation de ces derniers très important. Le nombre de sorties et d'entrées s'est donc multiplié, augmentant de fait le rythme de travail, ainsi que la charge de travail administrative des personnels infirmiers. Selon les propos d'une infirmière, recueillis par Lidy Arslan⁹, « *sur le plan technique, pour l'appendicite par exemple, les gens restaient dix-quinze jours. On avait le temps de faire connaissance. Il y avait deux-trois jours un peu lourds parce qu'il fallait surveiller la veille, le jour et le lendemain de l'opération, et après les choses suivaient leur cours. Maintenant, pour une appendicite, on reste hospitalisé trois jours. (...) La charge de travail est la même — au bout de trois jours, les gens s'en vont ; il faut à nouveau préparer le dossier, les mêmes examens, les mêmes surveillances pour d'autres patients. Donc, le travail administratif des transmissions a triplé ou quadruplé* ».

Par ailleurs, le développement des politiques de qualité dans les établissements de santé et, par conséquent, l'accroissement de la traçabilité, des procédures écrites (les diagnostics infirmiers par exemple) et des protocoles divers sont devenus autant d'éléments contribuant à une diminution du temps de soins directement consacré au

⁸ Ministère de la santé et des sports, « *Le protocole d'accord relatif à la réforme LMD* », disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

⁹ ARSLAN L., 2002, *Les infirmières*, collection Si c'était à refaire, Seli Arslan.

patient¹⁰. Paradoxalement, cette évolution est incontestée et incontestable tant elle contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins.

b) Une profession, plusieurs métiers et de nouvelles perspectives

La profession infirmière se caractérise en premier lieu par la multiplicité des métiers qu'elle regroupe. Elle offre donc de nombreuses perspectives. En effet, à partir du Diplôme d'Etat d'Infirmier, un certain nombre de spécialités sont possibles. Les plus communes sont celles d'Infirmier Anesthésiste (IADE), d'Infirmier de Bloc Opératoire (IBODE), de Puéricultrice, ou bien encore, de Cadre de Santé. Par ailleurs, de nombreux champs d'activités existent tels que la médecine, la chirurgie, la psychiatrie, ou la gériatrie pour ne citer que les plus courants. Ils donnent ainsi la possibilité d'offrir au métier de nombreuses déclinaisons.

Au-delà de ces caractéristiques, on voit aussi poindre de nouveaux métiers, notamment dans le cadre des « transfert de compétences et délégations de tâches »¹¹, des « pratiques avancées ». Il se développe également la notion d'infirmière clinicienne spécialiste. Ces évolutions dans la profession infirmières n'en sont qu'à leur début. Elles sont des éléments à prendre en considération dans la politique de gestion des ressources humaines des établissements de santé en ce sens qu'elles constituent des réponses possibles pour les personnels en quête d'un « second souffle professionnel ».

c) Une nouvelle génération

Les départs massifs à la retraite des infirmières de la génération du baby-boom provoquent un véritable renouvellement des professionnels.

Le brassage occasionné par ce phénomène que connaît depuis quelques années la profession peut être source de conflits et de rapports au travail différents selon les âges. Ainsi, selon un groupe d'experts¹², « *On constate un refus croissant de la part des jeunes professionnels de s'impliquer pleinement dans leur travail, et plus largement, une incapacité à se réaliser dans le cadre professionnel. Ainsi, la coexistence de deux générations de professionnels de soins (jeunes diplômés d'un côté, personnel en fin de carrière de l'autre, sans groupes intermédiaires) pourra à terme créer, au niveau des*

¹⁰ CHAUMONT E., ESTRYN-BEHAR M., GARCIA F., DESLANDE H., RAVACHE E., BITOT T., PICOT G., 2009, *Réduction du temps de partage parmi les soignants: quand l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les possibilités de soins relationnels en gériatrie*, Etude PRESST-NEXT, disponible sur www.presst-next.fr/

¹¹ ROMAN-RAMOS P., mars 2009, « Les Rapports BERLAND: Les nouvelles responsabilités des infirmiers », *Gestions hospitalière*, n°484, pp. 173-176.

¹² Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mars 2007, *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, Rennes : Presses de l'EHESP, 208 p.

pratiques, un conflit d'approches ou de centres d'intérêt, se traduisant concrètement par des problèmes de transmission des expériences, voire des fractures dans les collectifs de travail, avec une perte de la dimension collective du travail (moindre encadrement des jeunes par les plus expérimentés et rapport des jeunes au travail différent de celui que peuvent avoir les plus expérimentés) ». Toujours selon ce même groupe d'experts, « face à ce problème lié à la pyramide des âges des professionnels, l'encadrement de proximité peut apporter des solutions, en se posant comme intermédiaire entre ces générations. Cela n'est toutefois possible que si les cadres se recentrent sur les pratiques de soins ». Une autre caractéristique est que « pour la plupart des soignants d'une certaine génération (au delà de 35/40 ans), le soin reste une vocation, l'identité professionnelle est forte, l'attachement à l'hôpital demeure malgré la lassitude ». Ces constatations constituent un point important de la photographie que l'on peut faire de la profession d'infirmière aujourd'hui. En effet elles posent deux questions : la première interroge sur la qualité du transfert des compétences et du passage de relais en quelque sorte, ainsi que sur l'« ambiance » au travail. La deuxième, en lien avec la perte d'identité professionnelle, interroge sur la durée de la carrière professionnelle des générations futures.

d) L'influence du contexte budgétaire sur le métier

Dans le contexte budgétaire actuel relativement tendu pour de nombreux établissements de santé, la question de l'impact indirect de la réforme de leur financement sur la gestion des ressources humaines et par voie de conséquence sur les personnels se pose. En effet, dans le modèle dicté par l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), les charges de personnel restent pérennes, alors que les recettes, elles, ne le sont plus. La mise en œuvre de l'EPRD semble, de fait, indirectement inciter les établissements à privilégier le recrutement de contractuels, et non de titulaires. Les emplois non permanents constituent ainsi une « marge de flexibilité » pour les établissements. Cela peut potentiellement introduire, à l'hôpital, de la précarité. De la même façon, il est à noter que depuis de nombreuses années, il est légitimement demandé aux établissements de santé de se « restructurer », de ne plus « laisser filer » leur déficit, or l'importance du budget des établissements alloué aux dépenses de personnels est connue. La recherche d'efficience se traduit alors souvent, dans certaines situations, par une diminution progressive des effectifs. Cela peut, par exemple, aboutir à des « non remplacements » qui se traduisent par des « manques » de personnel dus à des insuffisances de crédit. Lidy Arslan souligne ainsi que *«le métier d'infirmière a beaucoup évolué. Je pense que les jeunes infirmières n'ont plus du tout la même perception des soins que celles qui sont arrivées il y a quinze-vingt ans. Les difficultés ne*

sont pas les mêmes. Nous avons un travail relativement confortable, même si à l'époque, nous protestions aussi ; mais les conditions de travail étaient à mon avis plus favorables que maintenant. Par exemple, nous étions beaucoup plus à l'aise sur le plan des effectifs, de l'absentéisme et du remplacement ». Bien que cela soit difficilement objectivable, les infirmières ressentent plus fréquemment le sentiment de travailler en effectif insuffisant.

La profession infirmière, forte de ces évolutions et des changements de contexte qui l'entourent, continue de bénéficier d'un certain attrait. La demande, toujours en avance sur l'offre, constitue une difficulté permanente pour la direction des ressources humaines.

1.1.2 Le recrutement des personnels infirmiers : une gestion complexe à laquelle le CHPM n'échappe pas

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, à l'instar de nombreux autres établissements de santé, connaît des difficultés croissantes de recrutement en personnels infirmiers. Aux éléments de contexte généraux expliquant les difficultés nationales, s'ajoutent un certain nombre de facteurs au plan local.

A) Présentation du CHPM

Le centre hospitalier des Pays de Morlaix, implanté dans le département du Finistère, se situe sur le territoire de santé n°1 de la région Bretagne et correspond au secteur sanitaire Brest/Morlaix qui compte 507 148 habitants au 1^{er} janvier 2002. La zone couverte par le CHPM, qui correspond aussi à sa zone d'attractivité, compte en 2006, 114 973 habitants. Il dispose au 1^{er} janvier 2009 de 1065 lits et 240 places répartis en quatre grands secteurs d'activité que sont le Court Séjour (317 lits et 14 places), les Soins de Suite et de Réadaptation (128 lits et 6 places), les Soins de Longue Durée et EHPAD (314 lits et 4 places), ainsi que la psychiatrie (288 lits et 196 places). Ce dernier champ constitue une des particularités du CHPM, autant par son importance en termes d'activité que par la place majeure qu'il occupe dans l'histoire de l'établissement.

La zone d'attractivité de l'hôpital couplée avec une densité importante d'établissements sanitaires sur une partie du territoire de santé sont également des éléments importants à prendre en compte afin d'appréhender les forces et les faiblesses de l'hôpital de Morlaix en matière de recrutement des personnels infirmiers.

Un peu plus de 2200 personnels médicaux et non médicaux travaillent au centre hospitalier et la vie institutionnelle s'articule depuis 2006 autour de six pôles d'activité.

Il est à noter, enfin, que l'établissement dispose également d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers, agréé pour la formation de 70 étudiants en soins infirmiers et 30 élèves aides soignants.

B) Les difficultés de recrutement au niveau national : éléments de contexte

Les difficultés de recrutement, même si elles sont inégales sur le territoire sont une réalité bien ancrée dans le quotidien des directions des ressources humaines. Un certain nombre d'éléments de compréhension se doivent ici d'être exposés.

a) *Un contexte de « pénurie » ?*

Les années 2000 ont été marquées, dans la littérature hospitalière, par la récurrence de la thématique de la pénurie des personnels infirmiers. Au-delà, sur le plan mondial, le rapport sur la santé dans le monde 2006 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en exergue cette problématique et désigne les pénuries de ressources humaines comme « *un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)* »¹³. Elle rappelle également que « *les pénuries d'infirmières touchent de nombreux pays, développés ou en développement* ».

A l'échelon national, la problématique est aussi une réalité bien que la notion de pénurie soit à considérer avec prudence. En effet, lorsque cette notion est évoquée, il est essentiel de « *différencier le besoin exprimé ou ressenti en personnel infirmier, de la réalité du nombre de postes budgétés mais vacants. L'approche en termes de postes vacants est évidemment restrictive mais la prise en compte des besoins ressentis comporte le risque d'être beaucoup trop subjective. La confusion qui est souvent faite entre les deux peut également expliquer cette requalification fréquente des difficultés de recrutement en pénurie, traduisant alors plus un certain malaise infirmier qu'une réelle pénurie mathématique* »¹⁴.

Paradoxalement, si les difficultés de recrutement semblent aujourd'hui encore bien réelles, le nombre d'infirmières n'a cessé d'augmenter depuis plusieurs décennies. Il est en effet passé de 246 000 en 1980 à près de 500 000 aujourd'hui.

Enfin, il est essentiel de souligner qu'il n'est pas possible de parler du problème de pénurie en personnels soignants sans le mettre en relation avec l'augmentation de la demande en soins. On sait en effet, notamment au regard du vieillissement démographique, que celle-ci va considérablement s'accroître dans les décennies à venir¹⁵. Cela aura une incidence certaine sur la réponse à apporter en termes de définition du volume de l'offre.

¹³ LITTLE L. et BUCHAN J., 2007, *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*, Centre International des Migrations d'Infirmières.

¹⁴ RICHARD I., 2007, *Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux Hospices Civils de Lyon*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, p.6.

¹⁵ Commission Européenne, avril 2008, *Soins de longue durée dans l'union européenne*, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 16 p.

b) *L'évolution prévisionnelle des effectifs*

Le manque de fiabilité des informations sur les effectifs des infirmiers en exercice¹⁶ constitue une première difficulté lorsqu'est abordée la problématique de la démographie infirmière. De plus, les chiffres recensés doivent être examinés avec prudence car ils proviennent de sources différentes et n'utilisent pas les mêmes bases de recueil.

Le taux de croissance annuel moyen du nombre d'infirmiers entre 2000 et 2007¹⁷ est de 3.38% et le nombre d'infirmiers au 1^{er} janvier 2009 est de 495 834. Pour le Centre d'analyse stratégique et la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), seul un taux de croissance de près de 4% par an permettrait de couvrir les besoins en évolution. Au niveau national, 200 000 infirmiers devraient être recrutés d'ici 2015 pour couvrir les ouvertures de postes et les départs à la retraite. Une étude conduite par le ministère de la santé et des solidarités en 2007¹⁸ permet d'avancer, en effet, qu'à l'horizon 2015, un agent sur deux de la fonction publique hospitalière sera parti à la retraite. Près de 30 % des infirmiers sont, en effet, âgés de 50 ans ou plus. Ces départs concerneront environ 102 000 infirmiers et infirmières dont 3000 IADE, 2000 IBODE et 3000 puéricultrices.

D'autres éléments viennent également poser question quant à l'évolution des effectifs infirmiers dans les établissements de santé.

D'une part, du fait d'une actualité récente, le départ anticipé sans condition d'âge pour les parents de trois enfants ayant quinze ans de service ne sera plus possible à compter de 2012. L'évaluation des conséquences de cette annonce reste particulièrement périlleuse. Il est néanmoins raisonnable de penser qu'un certain nombre d'infirmières chercheront à bénéficier du dispositif tel qu'il existe aujourd'hui. Cela risque de provoquer un nombre de départs potentiellement important et d'autant plus problématique que beaucoup d'établissements connaîtront ces difficultés en même temps.

c) *Des inégalités territoriales*

En France, la pénurie, si l'on acte cet état de fait, n'est pas identique sur tout le territoire et dans tous les secteurs. Le Centre, la Haute-Normandie, la Picardie et l'Île-de-France sont les régions les moins bien dotées : le nombre d'infirmières y est inférieur à

¹⁶ Rapport thématique public de la Cour des Comptes, « *les personnels des établissements publics de santé* » Mai 2006, 165 p., disponible sur Internet : <http://www.ccomptes.fr>

¹⁷ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etats Généraux de l'organisation de la santé, synthèse des EGOS 1 et 2*, p. 5, disponible sur Internet : www.sante-sports.gouv.fr

¹⁸ Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mars 2007, *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, Rennes : Presses de l'EHESP, 208 p.

700 pour 100 000 habitants. En revanche, les régions du Limousin, du Midi-Pyrénées, de l'Auvergne et de la Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) présentent les taux d'infirmières pour 100 000 habitants les plus élevés (supérieurs à 900). La région Bretagne est relativement bien dotée puisque la densité y est de 886¹⁹.

Les chiffres donnés par le site « EMPLOI Soignant » indiquent que les trois régions Ile-de-France, PACA et Rhône Alpes sont les plus demandeuses d'infirmiers (plus de la moitié des demandes pour ces trois régions). Certaines régions comme l'Ile-de-France ont du mettre en place des « plans IDE » pour faire face aux besoins en professionnels infirmiers. Celui-ci consiste, par exemple, à identifier les principaux facteurs d'attractivité et de fidélisation des professionnels paramédicaux, dans les structures sanitaires notamment, et à proposer aux établissements un support d'auto-évaluation des actions mises en œuvre favorisant l'attractivité et la fidélisation de leur personnel²⁰.

d) *Les quotas en IFSI*

En France, les études d'infirmiers sont soumises à une réglementation spécifique, les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) faisant l'objet d'un agrément, et le nombre d'étudiants admis en première année d'étude étant limité par des quotas.

Selon les enquêtes annuelles réalisées par la DREES, le nombre d'infirmiers n'a cessé d'augmenter ces vingt dernières années.

Cependant, la progression annuelle a chuté de moitié au début des années 2000 du fait, notamment, des diminutions de quotas dans les années 1990. Cette progression est passée de 2% par an avant 1998 à seulement 1% par an. Avec l'augmentation des quotas des IFSI en 2000 de 43%, puis en 2003 de 13%, le taux de croissance des effectifs atteint à nouveau les 2% dès 2003, puis 3% en 2004. Il est de 3,3% par an en 2007. Le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier est fixé par arrêté²¹. Il a été défini en 2010 à 30 728 étudiants infirmiers. Comparativement à 2009, une augmentation de 214 places supplémentaires dont 205 attribuées à la région PACA.

¹⁹ SICART D., avril 2009, « Les professions de santé au 1er janvier 2009 », *DRESS - Série statistiques*, n°131.

²⁰ Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile-de-France, juin 2008, « *attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales : Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels* », disponible sur Internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>

²¹ Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 8 juillet 2010 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n°0164 du 18 juillet 2010, page 13299, texte n° 8.

Evolution du nombre d'étudiants à admettre en 1^{er} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier

| Année scolaire | 1995-1996 | 1999-2000 | 2000-2001 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nombre d'étudiants à admettre | 18 466 | 18 436 | 26 436 | 30 000 | 30 000 | 30 000 | 30 000 | 30 342 | 30 514 |

Source : www.infirmiers.com

Pour autant, du nombre de places offertes au concours, ne résulte pas de manière exacte le nombre d'élèves qui obtiendront, trois ans après, le Diplôme d'Etat d'Infirmier. En effet, outre les situations d'échec aux épreuves de fin de formation²² (le taux moyen national de réussite est de 89%), un nombre non négligeable d'abandons en cours de formation est constaté²³. Si ce taux reste méconnu au niveau national, différentes études estiment, selon les régions, que le taux d'abandon en cours de formation est de l'ordre de 15 à 30%.

Cette question du nombre de places offertes aux étudiants dans les IFSI est un élément important et incontournable de la gestion prévisionnelle des effectifs infirmiers. D'après les projections réalisées par la DARES et le Commissariat général au plan (Modèle FLIP-FAP²⁴), les familles professionnelles d'aides-soignants et d'infirmiers – sages femmes figurent parmi les quinze familles professionnelles où les postes à pourvoir seraient les plus nombreux à l'horizon 2015²⁵. Ce scénario s'appuie principalement sur des travaux menés par la DREES et tient compte également de l'évolution de l'organisation du travail dans les hôpitaux et de l'augmentation de la demande de prise en charge des personnes fragiles qui auraient un impact, entre autres, sur le métier d'infirmier.

e) L'impact de la réforme des retraites sur les effectifs infirmiers

Concernant les départs à la retraite dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH), ils représentent sur la période 2003-2015, 41% des effectifs de 2002. Le pic devrait se situer en 2012 avec près de 30 000 départs. Si ces estimations sont validées, les réformes de la retraite peuvent constituer un élément nouveau et modifier, de façon difficilement mesurable, les prévisions. En effet, les infirmières faisaient jusqu'à présent partie des

²² FHP, Direction des Ressources Documentaires, janvier 2010, « *La formation des infirmiers diplômés d'Etat dans les Instituts de formation en soins infirmiers* », disponible sur Internet : <http://www.fhp.3cfr.com>

²³ LAMBERTON A-L, PELEGE P., septembre 2008, « *Les interruptions de formation en Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI) - Etude des facteurs psychosociaux et préconisations* », disponible sur Internet : www.infirmiers.com

²⁴ Modèle de projection, à moyen terme, de la demande de travail par métiers en tenant compte des évolutions passées de l'emploi par métier, de la croissance de la production sectorielle à moyen terme ainsi que d'un trend de progrès technique.

²⁵ CHARDON O., ESTRADE M-A., TOUTLEMONDE F., décembre 2005, « Les métiers en 2015 », DARES - *Premières synthèses*, n° 50.1.

catégories actives de la fonction publique, c'est-à-dire ces métiers jugés pénibles ou dangereux qui permettent de partir à 55 ans. Selon le décret du 29 septembre 2010 relatif au droit d'option²⁶, les infirmières actuellement appartenant à la catégorie B devront choisir avant le 31 mars 2011 entre deux options. La première, rester en catégorie B en conservant le bénéfice de la catégorie active et un départ à la retraite à 57 ans (55 avant la réforme des retraites). La deuxième consiste à passer en catégorie A et à bénéficier d'une revalorisation salariale en contrepartie d'un recul de l'âge de départ à la retraite à 60 ans. Or, la réforme des retraites prévoit parallèlement de repousser l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans. Pour « ne pas appliquer les règles de façon trop brutale » aux infirmières qui auront fait le choix de s'aligner sur l'âge légal, leur âge de départ restera à « 60 ans et pas 60 ans plus 2 ans », a expliqué le 16 juin le secrétaire d'Etat Georges Tron²⁷. Les nouvelles infirmières n'auront, quant à elles, pas le choix : les nouvelles règles de départ à 62 ans leur seront appliquées. L'impact de ces évolutions législatives reste difficilement mesurable. En effet, il est possible d'envisager plusieurs scénarii : le premier consiste à penser que le maintien dans l'emploi de ces catégories de personnels permettra, pour partie, de répondre à l'évolution de la demande en soins et de résoudre ainsi, partiellement, les difficultés de recrutement des IDE. Le deuxième consiste, au contraire, à penser que compte tenu de la pénibilité objectivement reconnue de la profession²⁸, l'absentéisme pour maladie ordinaire et pour longue maladie, ou bien le nombre des reconversions professionnelles en cours de carrière, seront plus conséquent et les difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers perdureront.

C) L'attractivité en question

a) *Des différences entre les établissements*

Pour commencer, il faut souligner l'importante disparité en termes de difficulté de recrutement qui existe entre les régions et bien entendu, au sein même des régions, entre les établissements.

²⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°227 du 30 septembre 2010. [visité le 01.10.2010], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866295&dateTexte=&categorieLien=id>

²⁷ *Réforme des retraites : le cas particulier des infirmières*, article daté du 16 juin 2010, disponible sur Internet : <http://infos.lagazettedescommunes.com>

²⁸ LE LAN R., février 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *DREES - études et résultats*, N° 373.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences. Parmi eux, la question de l'attractivité de la zone géographique est incontournable. Il existe, en effet, des régions en grande difficulté, victimes d'une « fuite » importante de professionnels, et d'un taux d'installation en dehors de la région de formation important. La région Ile-de-France en est l'exemple le plus parlant. A contrario, d'autres régions bénéficient d'un attrait tout particulier, voire « naturel », et se trouvent donc en situation nettement plus confortable lorsqu'il s'agit de trouver des remplaçants ou de pourvoir des postes vacants. A ce titre, la région Bretagne connaît une densité d'infirmières de 886 pour 100 000 habitants. Ce chiffre s'élève à 1015 pour le département du Finistère, lieu d'implantation du CHPM. Cette situation est particulièrement favorable au regard de la moyenne nationale se situant à 803.

Un autre élément constitutif de l'attractivité d'un établissement est lié au profil d'activités qu'il est en mesure de proposer aux personnels infirmiers. L'effet « discipline » est incontournable. Les jeunes professionnels sont, en grande partie, indéniablement intéressés, pour des raisons multiples, par les services à haute technicité tels que la chirurgie ou les urgences. En revanche, il semble davantage compliqué de recruter de jeunes diplômés dans les services à orientation gériatrique, ainsi que dans les services prenant en charge les patients atteints de troubles psychiatriques.

b) Une crise de vocation ?

Si l'attractivité des établissements ainsi que leur lieu d'implantation sont des éléments d'explication des difficultés de recrutement, l'attractivité même de la profession semble être devenue réduite au point que l'on évoque une possible crise de vocation. Les conditions de travail particulièrement difficiles, un manque de reconnaissance, une rémunération qui n'est pas à la hauteur des responsabilités exercées sont les éléments les plus couramment avancés par les professionnels eux-mêmes pour parler de leur métier. Ces différents points, très largement véhiculés par les différents supports médiatiques, ne contribuent pas à faire la publicité de la profession.

En somme, les difficultés de recrutement sont indiscutables dans de nombreux établissements. Cela va de difficultés notoires à assurer la continuité des soins sur des périodes plus ou moins étendues, notamment sur la période estivale, à l'impossibilité de pourvoir des postes vacants.

D) Un contexte qui n'épargne pas le CHPM

Le centre Hospitalier des pays de Morlaix n'échappe pas à ce constat général et se trouve également mis en difficulté devant la nécessité de recruter du personnel infirmier.

Si ces difficultés restent relatives, certains éléments d'explication méritent une attention particulière.

a) *Des éléments d'explication conjoncturels et structurels*

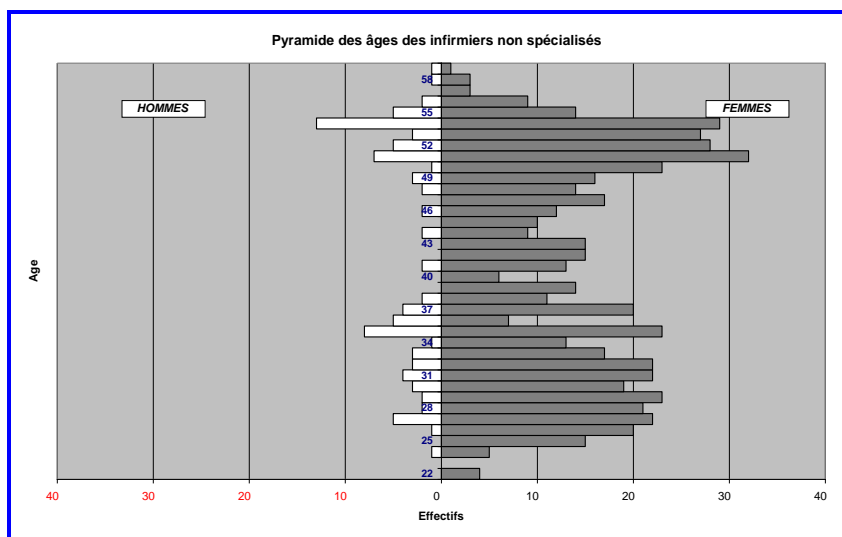
Tout d'abord, un des premiers éléments concerne la disponibilité des jeunes diplômés sur le marché de l'emploi. Comme dans de nombreux établissements disposant d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers, la sortie des jeunes professionnels au CHPM ne s'opère qu'en décembre de chaque année. De ce fait, les difficultés rencontrées, notamment en début de période estivale, ne peuvent trouver réponse dans le vivier que constitue ce lieu de formation. Cependant, l'intégration de la formation en soins infirmiers dans le système Licence-Master-Doctorat depuis la rentrée 2009 modifie le calendrier des sorties. En effet, cela aura pour conséquence une sortie des élèves, à la fois en décembre 2011 pour ceux ayant effectué leur rentrée en septembre 2008, et une nouvelle promotion en juin 2012 pour ceux ayant intégré l'IFSI dans le cadre du nouveau programme en septembre 2009. Il est raisonnable de penser que les possibilités de recrutement seront alors plus aisées sur la période estivale. Par ailleurs, le recrutement des professionnels dès le mois de juillet et août constitue un atout non négligeable de leur fidélisation.

La pyramide des âges de la profession infirmière du CHPM induit également un certain nombre de situations défavorables. En premier lieu, si les départs massifs à la retraite des personnels infirmiers constituent en soi une difficulté, l'arrivée consécutive de jeunes professionnels, dont la composition est à 87% féminine, n'est pas neutre sur les effectifs. En effet, un constat montre que le nombre de congés maternité est d'autant plus élevé que la moyenne d'âge des infirmières est basse. Si il est considéré que les départs en retraite de la génération du baby-boom a débuté au cours de la dernière décennie, et que, par conséquent, son renouvellement par du personnel plus jeune s'est opéré parallèlement, il est en effet normal d'observer une évolution du nombre d'arrêts pour congés maternité par année. Au CHPM, le nombre d'arrêts en 2004 était de 30, et de 49 en 2009. Cet absentéisme pour congé maternité impose une recherche active de personnels remplaçants sur un marché, qui, nous l'avons vu, n'est pas toujours favorable. Ces arrêts pour congé maternité suivent fréquemment la mise en stage ou la titularisation des agents. Par conséquent, plus les renouvellements de personnel se font par vague importante, plus l'établissement se voit contraint de faire face à ce phénomène. Par ailleurs, même si la proportion est difficilement prévisible, des demandes de congés parentaux, majorant la situation de pénurie, peuvent être sollicitées par ces mêmes agents.

Passé ce cap naturel dont l'impact sur les effectifs de l'établissement est certain, une stabilité relative des personnels en poste peut être envisagée, et peut laisser entrevoir une conjoncture plus favorable.

Ensuite, la pyramide des âges des infirmiers non spécialisés du CHPM est, à l'image de la profession au niveau national, c'est-à-dire relativement défavorable. L'âge moyen de départ en retraite des infirmiers est évalué à 56,7 ans²⁹ (hors départ pour invalidité ou parents de trois enfants). C'est, de ce fait, environ 130 infirmiers qui partiront à la retraite dans les cinq années à venir sur le centre hospitalier.

Pyramide des âges des infirmiers non spécialisés



Source : bilan social CHPM 2009

Enfin, un autre élément d'explication majeur concerne la quotité de travail des personnels infirmiers du CHPM. Il existe une tendance importante dans la profession au CHPM à vouloir bénéficier d'un temps partiel. En effet, les contraintes inhérentes à la profession entraînent, en fonction du nombre d'enfants et de l'âge du professionnel³⁰, une part plus ou moins importante de demande de temps partiels et cela a pour conséquence une diminution du potentiel de travail à effectifs équivalents et la création mécanique de besoins en effectifs. En effet, l'établissement emploie, au 31 décembre 2009, 709 infirmières dont des IDE spécialisées (IADE, IBODE, et puéricultrices), soit 676.43 ETP infirmiers DE et spécialisés. Parmi ces agents, 247 sont à temps partiel dont 210 à 80%³¹. Une part importante des personnels infirmiers (34.84%) travaillent donc à temps partiel. Si

²⁹ Lettre rectificative au projet de loi relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, 23 février 2010, *Suppression de la catégorie active des corps et cadres d'emplois d'infirmier et de personnel paramédicaux dans le cadre de la réforme LMD, Etude d'impact*, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

³⁰ MARQUIER R., avril 2005, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *DREES - Etudes et résultats*, n° 393.

³¹ Ces chiffres ne distinguent pas les temps partiels accordés de droit de ceux accordés sur autorisation.

ce chiffre est le résultat d'une politique d'autorisation quasi-systématique des demandes de temps partiel, il en résulte la nécessité de compenser ce temps non travaillé par les agents. Dans un contexte de réelle pénurie des personnels infirmiers, certes relative en région Bretagne, cette particularité suscite des interrogations tant elle porte à conséquence sur le fonctionnement de l'établissement.

b) Des difficultés relatives mais un impact fort sur la qualité de vie au travail des équipes soignantes

Si les difficultés relatives au maintien des effectifs infirmiers dans l'établissement se manifestaient par le passé assez caricaturalement sur les périodes estivales, il semblerait que la situation tende également à se dégrader sur des périodes plus étendues et à priori habituellement moins problématiques.

Le choix ayant été fait pour de multiples raisons, notamment en raison de contraintes budgétaires, de ne pas constituer de pool de remplaçants, l'établissement se trouve, pour répondre à ses besoins, dans la nécessité de recruter des contractuels, peu nombreux sur le marché. De plus, le CHPM se situe dans un environnement relativement concurrentiel avec la présence dans la même ville d'une clinique et, dans un rayon relativement proche, du CHU de Brest/Carhaix, les CH de Landerneau, et de Lannion. La région Bretagne bénéficie également d'un deuxième CHU à Rennes et d'autres centres attractifs comme le CH de Vannes, de Saint-Brieuc ou bien encore de Quimper. Cette densité d'établissements représente, en effet, une difficulté supplémentaire pour le CHPM en termes de recrutement.

Ainsi, bien qu'une politique active de recrutement soit assurée par la direction des ressources humaines en collaboration avec la direction des soins, les effectifs nécessaires au fonctionnement optimal de l'établissement sont parfois difficiles à atteindre. Ainsi, certains projets institutionnels peuvent être reportés pour cause de recrutement infirmiers impossible. Cela a notamment été le cas pour l'extension de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) dont la mise en œuvre, prévue au cours du quatrième trimestre 2010, a été repoussée au début de l'année 2011, période à priori plus propice au recrutement de ces professionnels.

Cette conjonction d'éléments met donc en difficulté le centre hospitalier puisque ce dernier comptabilise, depuis le mois de juin 2010, dix-huit absences non remplacées. Malgré une volonté affichée et réelle de recrutement, les mois de juillet et août se sont organisés grâce à la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures telles que le recours aux heures supplémentaires, la limitation de la durée des vacances sur la base du volontariat, ou bien le rappel sur des temps partiels donnés sur autorisation. Ces

sollicitations courantes et répétées, nécessaires au maintien de la continuité des soins, semblent entraîner lassitude et épuisement.

Cette situation paraît d'autant plus inquiétante que le CHPM connaît depuis 2008 une diminution croissante du taux d'absentéisme. En effet, si cet élément constitue en soi un motif de satisfaction - puisque considéré comme un indicateur de la politique de prévention des risques professionnels - il devrait aussi logiquement s'accompagner d'une diminution de la tension sur le fonctionnement de l'établissement, notamment au travers d'une moindre nécessité de recours aux rappels des titulaires sur leurs jours de repos ou à des infirmiers contractuels, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les perspectives pour le mois de septembre et les mois suivants ne semblent pas favorables et les difficultés rencontrées pour recruter du personnel infirmier tendent à se chroniciser.

Ces problèmes relatifs au recrutement des personnels infirmiers, dont les causes sont multifactorielles, ont un impact fort sur le fonctionnement de l'établissement. Ils peuvent, du fait d'une sollicitation accrue des personnels présents, affecter le quotidien des soignants en général, et celui des infirmiers en particulier. Dans ce contexte, la « qualité de vie au travail » des agents apparaît comme un enjeu majeur et l'appréhension de ce concept devient incontournable.

1.2 La qualité de vie au travail : une notion ancienne pour des enjeux très actuels

Le concept de « qualité de vie au travail » reste encore bien souvent mal défini tant il recouvre des domaines extrêmement variés. Définir cette notion, l'explicitier à travers un certain nombre d'études et démarches constitue un préalable indispensable pour mieux l'appréhender.

A) Historique d'un concept

a) *Les années 1960 : point de départ de l'intérêt porté à la notion de qualité de vie au travail*

C'est d'abord en Europe et plus précisément en suède que sont apparus les premiers efforts importants en matière de recherche sur l'organisation du travail. Les syndicats, les principaux partis politiques et les employeurs suédois soutiennent dès le début des années 60 des modifications de l'organisation du travail, davantage portées sur le bien-être des travailleurs. De l'autre côté de l'Atlantique, la pression se fait de plus en plus

forte pour suivre le nouveau courant initié en Europe. Vers la fin des années 60, Irving Bluestone, alors en charge des ressources humaines dans la compagnie General Motors, met sur pied un programme qui vise essentiellement à évaluer le niveau de satisfaction des employés afin de développer une série de mesures contribuant à augmenter la productivité des travailleurs. C'est dans ce cadre qu'est utilisé pour la première fois le terme « quality of work life ».

b) *La quête d'un consensus sur la définition du concept*

Le début des années 70 est une période très fertile en termes de recherches et de tentatives de clarification de la notion de « qualité de vie au travail ». Le point culminant de cette effervescence est la conférence internationale sur la qualité de vie au travail tenue en septembre 1972 dans l'état de New-York. Une des conclusions de cette conférence a été de reconnaître la nécessité de coordonner les efforts des chercheurs et organismes concernés afin de bâtir un corpus théorique solide autour du domaine de recherche que constitue la QVT.

En dépit de ces initiatives, il n'existe à cette époque aucune définition consensuelle de la qualité de vie au travail. Au cours des années qui ont suivi, il est apparu que ce concept était confondu avec la satisfaction au travail, avec des indicateurs objectifs tels que le salaire ou les congés, ou encore avec d'autres concepts comme la « santé mentale », la « santé psychologique au travail », ou le « stress ». Néanmoins, un auteur américain, E.E.Lawler³², suggère certaines pistes de consensus. Tout d'abord, il juge nécessaire de « *considérer la satisfaction au travail comme une part importante de la QVT* », en précisant toutefois que « *ces deux construits diffèrent* ». Il souligne également que « *toute définition de la QVT se doit d'inclure des mesures de stress et de tension susceptibles d'être présents dans le milieu de travail ce qui, généralement, est ignoré par la recherche sur la satisfaction au travail* »³³.

Si vers la fin des années 70, la popularité de ce concept est en baisse, les années 80 voient pourtant émerger un certain consensus. La réalisation d'un examen des publications portant sur le sujet depuis les trente cinq dernières années par des chercheurs québécois permet de montrer que ce consensus tourne désormais autour de trois points : Premièrement, la qualité de vie au travail est un construit subjectif, secondairement, la qualité de vie au travail se doit d'intégrer des aspects

³² LAWLER, E. E. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it. In L. E. Davis and A. B. Cherns (eds.), *The quality of working life: Vol. I* (pp. 123- 133). New York: The Free Press.

³³ DUPUIS G., MARTEL J-P., VOIROL C., BIBEAU L., HEBERT-BONNEVILLE N., juillet 2009, « La qualité de vie au travail : bilan de connaissances ».

organisationnels, individuels et sociaux, et enfin, le travail a une influence certaine sur les autres domaines de vie et fait partie intégrante de la qualité de vie générale.

B) La qualité de vie au travail

a) *Les fondements du concept*

La qualité de vie est définie par l’OMS en 1994 comme étant « *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. Il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ».

Il est clair, donc, si l’on se réfère également à la définition de la santé donnée par l’OMS³⁴, que ne pas être malade ou infirme n’est pas une condition suffisante pour être en bonne santé ou avoir une qualité de vie satisfaisante. A cette condition, s’ajoutent en effet différentes dimensions: sociale, indépendance (dont l’indépendance financière), environnement en lien avec les attentes et croyances personnelles qui elles-mêmes sont en lien avec le contexte de culture.

La définition de la qualité de vie permet donc de comprendre que le niveau de qualité de vie ressenti n’est pas seulement lié au niveau des conditions de vie et que le niveau de qualité de vie est tout à fait personnel et très en lien avec les attentes individuelles.

Cette définition de la qualité de vie est utile pour évoquer la notion même de « qualité de vie au travail ».

b) *Définitions du concept de « qualité de vie au travail »*

La particularité du concept de la qualité de vie au travail est qu’il ne fait pas l’objet en France d’une description normée et unifiée. Par ailleurs, elle cohabite avec d’autres concepts voisins tels que le « bien être au travail », ou bien encore « le mieux être au travail ».

Trois conceptions de la qualité de vie au travail peuvent néanmoins être mises en avant :

³⁴ OMS, 1946, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ».

- Celle développée par la Commission Européenne en 2002 suite aux sommets de Lisbonne (2000) et de Laeken (2001) :

Selon les conclusions de la commission européenne, les différentes dimensions relatives à la qualité de vie au travail peuvent être classées de la manière suivante :

- Les attentes des salariés vis à vis de leur travail et de l'équilibre avec la vie privée : Cela inclue la satisfaction des travailleurs vis-à-vis de leur emploi, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'éducation et la formation tout au long de la vie, l'appui à la mobilité professionnelle et géographique, ainsi que l'approche globale du bien-être au travail
- L'égalité et la solidarité : cela suppose l'égalité entre les femmes et les hommes, la non-discrimination, ainsi que l'insertion des jeunes et des chômeurs de longue durée
- La prévention et le dialogue social : cela doit se traduire par une baisse de la fréquence des accidents du travail, des maladies professionnelles et du stress professionnel, le développement d'une culture de prévention, un dialogue social et la participation des travailleurs à la vie de l'entreprise
- L'accroissement de la productivité et du niveau de vie.

- Celle de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)³⁵, initiatrice de la semaine de la qualité de vie au travail :

L'ANACT donne six facteurs clés déterminants la qualité de vie au travail :

- les relations sociales et de travail
- le contenu du travail,
- l'environnement physique de travail,
- l'organisation du travail,
- la réalisation et le développement professionnel,
- la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Toujours selon l'ANACT, la promotion de la qualité de vie au travail passe par le postulat et les actions suivantes :

- Un choix de société qui implique les salariés et les dirigeants des entreprises, les partenaires sociaux, l'État et les collectivités territoriales à tous les niveaux
- Analyser, comprendre le travail et agir pour le transformer

³⁵ ANACT, mai/juin 2007, « Améliorer la qualité de vie au travail : des pistes pour agir », *revue de la qualité de vie au travail*, numéro spécial.

- Encourager toutes les initiatives qui contribuent au développement des compétences, à l'évolution professionnelle et au bien-être au travail
 - Agir pour que le travail favorise l'épanouissement physique, psychique et intellectuel des individus
 - Faire que le travail soit un espace d'intégration y compris pour les moins aptes et les plus fragiles, et un espace de justice sociale
 - Faire que chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines.
- Celle de deux chercheurs québécois, les professeurs DUPUIS et MARTEL :

Ces deux chercheurs québécois ont proposé en 2004 la définition suivante : « *La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société* ». Cette définition est en lien avec la qualité de vie. Elle reprend le centrage sur les attentes personnelles que l'on trouve dans la définition de la qualité de vie donnée par l'OMS. Les professeurs MARTEL et DUPUIS ont développé, par ailleurs, un outil de mesure de la qualité de vie au travail intitulé Inventaire Systémique de la Qualité de Vie au Travail (ISQVT) qui s'appuie sur huit dimensions (la rémunération, le cheminement professionnel, les horaires de travail, le climat avec les collègues, le climat avec les supérieurs, les caractéristiques de l'environnement physique, les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches, et le support offert aux employés).

Ainsi, on retiendra que si la santé, dans son acception la plus large telle que définie par l'OMS, constitue le socle de la qualité de vie au travail, cette dernière doit, au-delà, être mesurée à l'aune de l'épanouissement personnel qu'elle est capable d'engendrer, depuis la conciliation des temps de vie³⁶, en passant par le développement des compétences, des capacités relationnelles, de la créativité ou de la connaissance de soi. Cela pourrait se résumer à ce que soulignent les personnels interrogés au CHPM, en disant que la qualité de vie au travail, « *c'est avant tout avoir envie de venir au travail* », garder du plaisir et de la motivation pour son travail.

³⁶ DUMAS M., 2008, « Vie personnelle et vie professionnelle : vers un nouvel équilibre dans l'entreprise ? », collection « questions de société », Edition Management et Société, 174 p.

c) *Un élément de réponse aux difficultés rencontrées par le CHPM*

« Favoriser le bien-être des agents au travail en améliorant la qualité de vie pour créer, tisser des liens et fidéliser les personnels, c'est assurer de conserver les compétences nécessaires au bon fonctionnement de nos établissements »³⁷. En effet, s'inscrire dans un processus de management durable à l'heure où la durée de vie professionnelle des personnels hospitaliers, et notamment infirmiers, va notablement s'allonger, devient une nécessité. Travailler dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie au travail, est incontestablement se prémunir contre des difficultés a priori croissantes de recrutement et de maintien dans l'emploi des soignants dans les établissements de santé. Une gestion des ressources humaines ouvertement tournée vers la qualité de vie au travail permet de prendre en considération l'ensemble des problématiques rencontrées par les personnels infirmiers sur leur lieu de travail. La notion de QVT, nous l'avons vu, recouvre de multiples dimensions. Elle doit, par conséquent, être considérée comme un véritable fil conducteur. Faire, au niveau institutionnel, un tel choix, c'est, outre le bénéfice des effets positifs ressentis par les personnels, contribuer également à l'amélioration de l'image de l'établissement. On peut ainsi en espérer, à terme, un double bénéfice. En premier lieu, l'amélioration de la qualité de vie au travail des personnels présents dans l'établissement peut d'une part, participer à la fidélisation de ces derniers et d'autre part, faciliter et encourager le maintien dans l'emploi des personnels infirmiers les plus âgés. En second point, une telle politique ne peut qu'être favorable au de recrutement des infirmiers. En effet, à l'instar de ce qu'on appelle dans le privé la « responsabilité sociale des entreprises », afficher une telle démarche participe incontestablement à l'amélioration de l'image de l'établissement et conduit à l'accroissement de son attractivité.

Compte tenu des problèmes rencontrés par le CHPM à assurer les effectifs requis en personnel infirmier et prenant en considération l'impact que ces difficultés peuvent avoir sur ces derniers, la qualité de vie au travail, concept maintenant défini, apparaît comme un axe de réflexion majeur en matière de gestion des ressources humaines. Il s'agit dorénavant d'identifier de quelle manière le développement de cet outil peut se révéler être un axe stratégique, cela au regard de la qualité de vie au travail au CHPM qu'il convient, au préalable, d'évaluer.

³⁷ BITAUD M., LEMAITRE M., mai 2008, « Ressources humaines : pour un management durable », Gestions hospitalière, n°476.

2 La qualité de vie au travail : élément de réponse et axe stratégique de la gestion des ressources humaines

La qualité de vie au travail s'impose très clairement comme un élément incontournable de la gestion des ressources humaines. La situation des personnels infirmiers du CHPM mise en avant par la réalisation d'une enquête laisse à penser que même si le CHPM est dans une certaine mesure, déjà inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail, il doit, face aux enjeux liés aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers, la développer. Les propositions que je formule vont dans ce sens.

2.1 Conditions d'exercice des personnels infirmiers : source de difficultés de recrutement ?

Si de nombreux éléments contextuels expliquent, en partie, les difficultés de recrutement rencontrées par le CHPM à l'égard des personnels infirmiers, les conditions d'exercice parfois difficiles, et à l'impact important sur la qualité de vie au travail, semblent être un élément d'explication supplémentaire.

2.1.1 Une pénibilité au travail ?

De nombreuses études décrivent la particularité des conditions d'exercice de la profession infirmière. Toutes mettent en avant des conditions de travail particulièrement difficiles.

A) De nombreuses contraintes

Les conditions de travail des infirmières sont, en effet, réputées pour leur «pénibilité ». En premier lieu, même si cela est en partie inhérent à la fonction et donc connu des individus au moment de leur choix professionnel, la pénibilité est liée au fait que les infirmières, dans leur travail, sont confrontées à la maladie, à la souffrance, au vieillissement et à la mort.

Par ailleurs, selon une enquête menée par la DARES auprès de 5000 personnels des établissements de santé³⁸ sur la manière dont ces derniers perçoivent leurs conditions de travail, les charges physiques et mentales plus importantes que dans d'autres secteurs

³⁸ LE LAN R. avec la collaboration de BAUBEAU D., août 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *DREES - Etudes et résultats*, n° 335.

d'activité sont très largement décrites. Quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts, des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. En outre, la moitié des infirmières déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail.

La profession infirmière se distingue également assez nettement de l'ensemble des autres salariés par un cumul de contraintes horaires et organisationnelles³⁹ découlant de la nécessaire prise en charge des patients 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Cela se caractérise, notamment, par un exercice de jour et/ou de nuit, une alternance entre les horaires du matin et celles d'après-midi, la présence au travail le plus souvent un week-end sur deux, et des changements d'horaires parfois impromptus. Ces contraintes horaires sont très souvent perçues comme incompatibles avec la vie privée. Ainsi, un tiers des IDE sont insatisfaits de leurs horaires, ces dernières ayant un impact négatif à la fois sur leur bien-être et sur leur vie privée (33,6 % et 37,2 % respectivement)⁴⁰.

Ainsi, les motifs d'insatisfaction au travail les plus fréquemment évoqués sont la surcharge de travail, le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité aux patients, l'épuisement professionnel, le manque de reconnaissance, l'absence de soutien de la part de la direction et de l'encadrement, le manque de contrôle sur le travail, des horaires difficilement compatibles avec une vie privée et, de façon plus récente, le niveau de rémunération.

2.1.2 La qualité de vie au travail au CHPM : résultats de l'enquête menée auprès des personnels infirmiers

Au regard de ces premiers éléments étayant la pénibilité relative de la profession infirmière, et prenant en considération les difficultés de recrutement que rencontre le CHPM, l'évaluation de la qualité de vie au travail de ces agents au Centre Hospitalier apparaît essentielle.

Comme cela a été souligné en introduction, les résultats décrits ci-après sont le fruit de trois entretiens et d'une enquête par questionnaire menés auprès des infirmières du CHPM.

³⁹ CAMUS I., WALSTISPERGER D., octobre 2009, « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 », *DARES - premières synthèses*, n° 41.4.

⁴⁰ ESTRYN-BEHAR M., juin 2004, « Infirmières : êtes vous satisfaites de vos conditions de travail, la situation des infirmières diplômées d'Etat et spécialisées en France », *La revue de l'infirmière*, Hors Série.

A) Propos d'infirmières du CHPM

Au cours des entretiens conduits avec trois IDE du CHPM, il a été relevé, en premier lieu, qu'elles ont de plus en plus le sentiment de ne pas pouvoir faire correctement leur travail. L'une d'elle affirme avoir « *vraiment l'impression de devoir (se) presser en permanence, et parfois de fermer la porte au nez du patient, alors qu'il a besoin de parler...C'est très frustrant* ». Il apparaît également assez clairement que les infirmières ressentent une augmentation de la charge de travail, celle-ci étant liée en partie au phénomène décrit précédemment de diminution des durées de séjour des patients. Une infirmière du CHPM a, pour ce motif, changé récemment de service. Elle explique : « *le rythme est devenu complètement dingue ; les patients sont de plus en plus lourds, il faut aller de plus en plus vite et je passe mon temps à courir...* ». Une autre avance : « *Le travail a changé en dix ans, j'ai l'impression de travailler à la chaîne* ». Ces conditions de travail sont souvent évoquées pour justifier la crainte récurrente exprimée par les infirmières de commettre des erreurs. Enfin, les réorganisations fréquentes que connaissent les établissements de santé en général, et le CHPM en particulier, sont aussi des facteurs de déstabilisation des équipes ; cela est d'une certaine façon contradictoire : d'un côté, les restructurations sont mises en œuvre, dans un contexte de recherche d'efficacité, en vue d'améliorer la qualité ainsi que la sécurité de la prise en charge du patient, et de l'autre côté, dans une situation de contrainte budgétaire et de pénurie de personnel, elles sont conduites à un rythme induisant d'importantes pertes de repères et modifications d'organisation, faisant ainsi le lit de conditions d'exercice particulièrement propices au développement d'une certaine forme de mal-être au travail. Lors d'un entretien conduit auprès de la médecine du travail, un des médecins a d'ailleurs soulevé le souhait d'être davantage consulté sur ces réorganisations pour pouvoir, selon les situations, donner un avis sur les « *conséquences possiblement délétères ou non sur la santé des personnels concernés* ».

A ces conditions d'exercice particulièrement éprouvantes, il faut ajouter un élément. Le sentiment, certes empreint d'une totale subjectivité, qu'ont les professionnels de travailler en effectif insuffisant. Cet élément est, sans conteste, l'une des causes du sentiment de fatigue qu'éprouvent certains agents. Autrement dit, les conditions d'exercice de la profession infirmière, reconnues dans une certaine mesure comme pénibles, le deviennent d'autant plus que les effectifs ne sont pas considérés comme suffisants pour répondre à l'augmentation de la charge de travail. Ainsi une IDE exerçant en psychiatrie évoque la situation suivante : « *Nous ne sommes plus en nombre suffisant. Il y a certaines activités qu'on ne peut plus faire avec les patients et ça se ressent, ils sont plus agressifs. Pour nous, c'est de plus en plus dur dans les services* ».

Ce sentiment de travailler en sous effectif, difficilement objectivable sinon par une étude systématique de la charge de travail, ainsi que les éléments décrits ci-dessus, ne sont pas sans lien avec la notion d'usure et d'épuisement professionnel. Ils portent potentiellement à conséquence sur la durée de carrière des professionnels infirmiers⁴¹. Cela constitue une difficulté supplémentaire en matière de gestion prévisionnelle des ressources infirmières, et impose logiquement aux établissements de santé de porter un intérêt tout particulier à leur qualité de vie au travail.

B) Résultats de l'enquête

Outre la méthodologie décrite en introduction, je souhaite avant l'exposition des résultats, souligner les limites de l'outil utilisé pour l'analyse et le traitement des données recueillies. D'une part, un certain nombre de requêtes n'ont pas été possibles notamment du fait du paramétrage et des formules introduites dans le tableau Excel. S'il était, par exemple, possible d'isoler un profil de soignant relativement précis, et leurs réponses, l'inverse ne l'était pas. C'est-à-dire qu'il n'était pas possible, pour un ensemble de réponses données, de déterminer le profil du groupe de répondants. Cela a représenté un frein non négligeable à l'analyse des données. D'autre part, j'ai initialement fait le choix de ne pas demander aux professionnels leur lieu précis d'exercice pour leur garantir un total anonymat. Je me suis aperçu a posteriori qu'une telle information aurait été fortement utile pour à la fois identifier des services concentrant des difficultés, et donc mieux cibler les actions préconisées. Enfin, les résultats de certaines requêtes croisées, portant sur un échantillon de répondants insuffisant, n'avaient pas de valeur statistique significative.

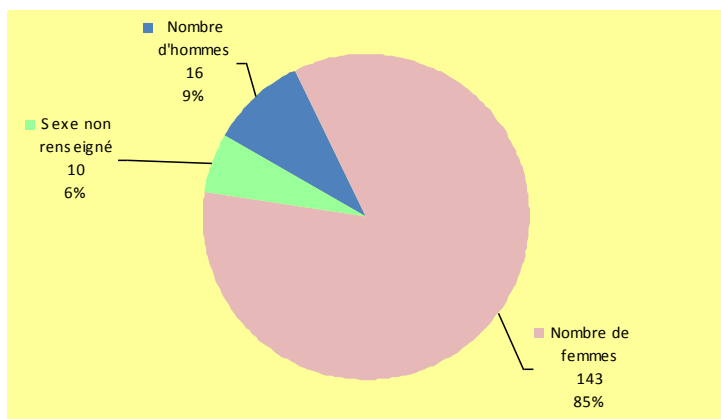
a) *Taux de réponse et analyse du profil des répondants*

Un total de 700 questionnaires a été distribué dans l'établissement. Cette distribution s'est opérée en collaboration avec l'équipe des cadres supérieurs de santé, préalablement reçus au cours d'une réunion visant à leur préciser le cadre et les objectifs de la démarche. J'ai également relayé ces mêmes informations à l'ensemble des cadres de santé par courriel. Un délai de trois semaines a été donné aux personnels concernés par cette enquête pour répondre. 169 questionnaires ont été réceptionnés, permettant ainsi d'obtenir un taux de réponse de 24%. Ce taux est équivalent à ceux constatés par la DRH pour des questionnaires de satisfaction antérieurement distribués.

La population ayant répondu présente les caractéristiques suivantes :

⁴¹ ESTRYN-BEHAR M., NEGRI J-F., LE NEZET O., septembre 2007, « Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », *Droit déontologie et soins*, volume 7, n°3, pp. 308-327.

- Une population très largement féminine, proportionnellement équivalente au taux de personnel infirmier féminin de l'établissement.



- Les réponses proviennent en majorité de personnels expérimentés puisque l'on observe que plus de 65% des répondants ont plus de 30 ans. De plus, l'ancienneté moyenne des personnes ayant répondu est de 12 ans.
- 83% des infirmières et infirmiers ayant répondu sont titulaires, 10% en CDD et 7% en CDI.
- 74% travaillent à temps complet et 84% travaillent de jour.
- Au total, près de 50% des répondants sont titulaires, travaillent de jour et sont à temps complet. Parmi ceux-là, 72% ont également au moins un enfant.
- Par ailleurs, près de 70% de la totalité des répondants ont au moins un enfant

Profil des répondants

| Profils personnels ► en %-age des répondants (169 personnes) | Tous âges | 20-29 ans | 30-39 ans | 40-49 ans | 50-59 ans | 60 ans et plus | Age non renseigné |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|-------------------|
| Nombre de répondants | 100,00% | 20,71% | 36,09% | 15,98% | 13,61% | 0,59% | 13,02% |
| Nombre d'hommes | 9,47% | 1,78% | 4,14% | 0,00% | 3,55% | 0,00% | 0,00% |
| Nombre de femmes | 84,62% | 18,93% | 31,95% | 15,98% | 10,06% | 0,59% | 7,10% |
| Nombre de répondants avec enfants | 69,23% | 7,10% | 30,18% | 14,20% | 13,02% | 0,59% | 4,14% |
| Nombre de femmes avec enfants | 63,31% | 6,51% | 28,40% | 14,20% | 9,47% | 0,59% | 4,14% |

b) Organisation du travail

La première question aborde l'autonomie dans le travail. En effet, avoir le sentiment que l'on a son mot à dire, que l'on peut participer aux décisions, à la façon de faire son travail diminue le stress négatif. À l'opposé, on reconnaît qu'un manque de contrôle sur

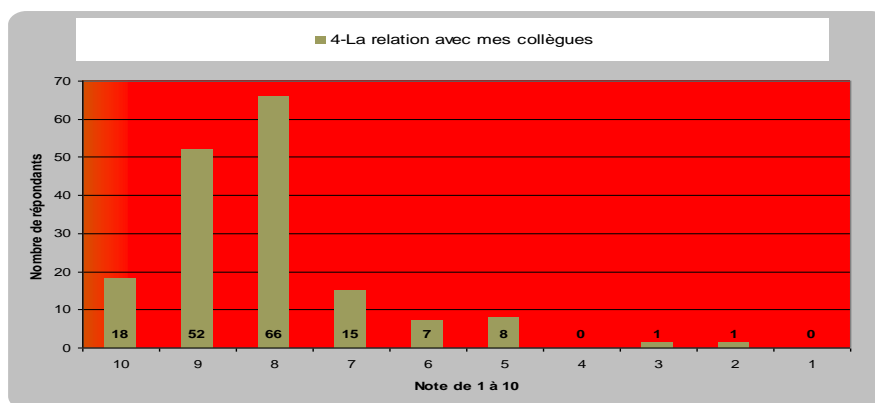
son travail peut être lié à des tensions psychologiques, à une faible estime de soi et à peu de satisfaction au travail. 76% des infirmiers interrogés estiment être au moins assez d'accord avec le fait qu'ils ont la possibilité de donner leur avis en ce qui concerne l'organisation du travail, ce qui en terme d'autonomie au travail est assez satisfaisant.

Par ailleurs, 79% disent être au moins « assez d'accord » avec le fait d'avoir la possibilité de prendre des décisions de leur propre initiative, dans le cadre de leur fonction.

On a vu que, de façon générale, concilier vie professionnelle et vie privée était relativement difficile pour cette catégorie de personnel, surtout quand elles sont des femmes. L'organisation du travail, la régularité du planning et son respect sont primordiaux pour permettre aux personnels l'organisation de leur vie privée. Les deux questions suivantes cherchent à savoir si les personnels infirmiers arrivent à poser leurs jours de repos et de récupération sur le temps de travail normalement ou non et s'ils sont rappelés fréquemment ou non sur leurs jours de repos. Ainsi, deux tiers des personnes interrogées disent être au moins « assez d'accord » avec le fait qu'ils peuvent facilement poser congés et RTT. En cas de difficulté de fonctionnement consécutif à un arrêt dans un service, il est parfois nécessaire de rappeler les agents sur leur période de repos. La fréquence de ces rappels ne semble pas être un point de tension majeur puisqu'à l'affirmation « Je ne suis pas rappelé sur mes jours de repos », 58% des infirmiers sont au moins « assez d'accord ». Néanmoins, un nombre non négligeable d'infirmiers fait remarquer l'augmentation d'arrêts non remplacés et l'augmentation en conséquence de ces rappels. Un infirmier fait à ce sujet remarquer qu'il « ressent un sentiment de culpabilité vis-à-vis du cadre » s'il ne répond pas.

c) *Relations interprofessionnelles*

Une grande part de la satisfaction au travail provient de la qualité des relations professionnelles et sociales. Entretenir de bonnes relations avec ses collègues favorise la collaboration et l'entraide, y compris durant les moments difficiles. Sentir que l'on fait partie d'une équipe ajoute au bien-être des individus. La qualité des relations professionnelles a donc un impact très significatif sur la satisfaction et le bien-être au travail. Au CHPM, les relations des infirmières entre elles sont, selon l'enquête, bonnes. En effet, 90% des personnes interrogées estiment, sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le niveau de satisfaction maximal), à au moins 7, la qualité de leur relation avec leurs collègues. (Cf. Graphique ci-après)



L'évaluation de la relation que les infirmières entretiennent avec leurs supérieurs hiérarchiques est en revanche moins satisfaisante puisqu'elles sont seulement 54% à évaluer à au moins 7 sur 10 la qualité de cette relation. Un quart de l'ensemble du personnel infirmier juge moyenne (5) la relation avec ses supérieurs hiérarchiques. De nombreuses remarques étayent ce niveau de qualité insatisfaisant : « nous manquons de reconnaissance de la part de la hiérarchie, les cadres de proximité deviennent des bureaucrates, on ne les voit pas, et les cadres sup ne nous connaissent même pas ». Certains ressentent enfin « de plus en plus de stress au travail, de fatigue et l'on se sent de moins en moins écoutés par la hiérarchie ».

d) *Reconnaissance au travail*

Les marques de reconnaissance ou d'appréciation peuvent provenir des supérieurs hiérarchiques, des collègues et des patients eux-mêmes. Cela contribue grandement à la satisfaction au travail. Dans un contexte où, nous l'avons vu, le travail a changé, le rythme s'est dans certains services accéléré. Les personnels se sont en conséquence, davantage engagés, le besoin de reconnaissance s'en trouve lui aussi majoré. « *La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être* »⁴².

Au CHPM, elles sont 66% à estimer être au moins « assez reconnues » dans leur fonction et leurs compétences. Cela semble être moins le cas chez les personnels travaillant de nuit ou seulement 55% se disent reconnus. On note que plus les infirmières sont expérimentées, plus elles se disent reconnues. En revanche, 34% se disent « assez peu reconnus », « pas reconnus » ou « pas du tout reconnus ». Cet échantillon n'est pas suffisamment significatif pour établir leur profil.

⁴² BRUN J-P., Professeur de management et directeur de la chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail à l'université Laval, Québec.

La question suivante aborde l'équité au travail. Lorsqu'un professionnel se sent injustement traité, il ressent souvent de la colère et de la frustration. Il a été démontré que ces sentiments négatifs, lorsqu'ils persistent, entraînent un affaiblissement du système immunitaire. S'ensuivent potentiellement des effets négatifs sur la santé mentale et physique. L'équité au travail est en ce sens un élément important. Au CHPM, 83% des personnels infirmiers interrogés se disent traités avec équité au travail. La faiblesse quantitative des 17% restants ne permet pas l'analyse de leur profil.

e) Articulations entre le travail et la vie privée

Les contraintes organisationnelles et horaires de la profession d'infirmier à l'hôpital sont, par essence, source de difficultés en termes de conciliation entre vie professionnelle et vie privée. A l'affirmation, «Je peux concilier vie professionnelle et vie personnelle », 36% des infirmiers se disent « assez peu d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ». Cela valide l'idée que, pour un nombre important de professionnels, les caractéristiques de la profession ont un impact sur la vie privée, et s'imposent comme élément de réflexion à part entière.

84% des personnels interrogés disent avoir choisi leur quotité de travail. Parmi ceux travaillant à temps complet, la première raison les ayant conduits à faire ce choix est le niveau de rémunération. Parmi les personnels ayant choisi de travailler à temps partiel (soit uniquement des femmes âgées en moyenne de 38 ans et dont 90% a au moins un enfant), les raisons qui ont motivé ce choix sont essentiellement familiales ou personnelles au titre d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

f) Progression professionnelle

La possibilité d'apprendre et de s'accomplir sur le plan personnel et professionnel constitue souvent un élément très important de satisfaction ou d'insatisfaction au travail. 85% des infirmières disent être au moins assez d'accord avec le fait d'avoir l'occasion d'apprendre dans leur travail. A l'affirmation, « J'ai l'occasion de m'accomplir dans mon travail », 71% en moyenne, disent être au moins assez d'accord. On note que ce chiffre est plus important chez les infirmiers travaillant à temps partiel (76%) que chez ceux travaillant à temps plein (70%), ainsi que chez les personnels travaillant de jour (73%) que chez ceux travaillant de nuit (66%). Selon ces résultats, L'exercice à temps partiel de jour serait donc plus favorable à l'accomplissement professionnel que les autres modalités de travail.

Concernant la projection à moyen ou long terme, 66% estiment être au moins assez satisfaits des perspectives de carrière dans cette filière.

g) Environnement de travail

Se sentir en sécurité constitue l'un des besoins de base pour tout individu. L'assurance d'un climat sain, exempt de harcèlement de la part de la hiérarchie ou de violence d'origines diverses contribue au bien-être et à la santé. A ce titre, à l'affirmation, « Je me sens en sécurité dans mon environnement de travail », seulement 55% des infirmiers se considèrent au moins « assez d'accord ». Ce chiffre relativement insatisfaisant, peut en partie s'expliquer par l'importance de l'activité de psychiatrie sur le CHPM (la méthodologie retenue pour le questionnaire ne permet pas de confirmer cette hypothèse puisque le lieu d'exercice des professionnels n'était pas à renseigner). Cette insécurité ressentie est majorée pour les personnels travaillant de nuit qui expriment parallèlement se « sentir isolées ».

h) Charge de travail

La surcharge de travail ou des exigences qui vont au-delà des capacités personnelles sont l'une des principales sources de stress au travail. Les infirmières peuvent se sentir obligées d'en faire toujours plus, au mieux, à moyen constant. Cela peut avoir des impacts négatifs tant sur leur bien-être que sur leur santé mentale et physique. Au vu de l'enquête, cela semble d'autant plus vrai que les infirmières sont âgées. Cela peut s'expliquer par des habitudes et une conception du travail qui se conforment plus difficilement que pour les jeunes infirmières aux évolutions du travail et à ses spécificités. Ainsi, si à l'affirmation, « J'ai les capacités et habituellement assez de temps pour réaliser mon travail », 74% des infirmières de 20 à 30 ans disent être au moins assez satisfaites, alors que seulement 50% des infirmières de plus de quarante ans le sont. En outre, 16% se plaignent de « dégradations nettes des conditions de travail » notamment du fait de « l'augmentation des non-remplacements », des absences pour raison de santé. 15% des répondants ressentent par ailleurs le sentiment de ne pas être en effectif suffisant.

i) Critères psycho-sociaux

Contribuer au bien-être collectif en réalisant quelque chose qui a de la valeur est important aux yeux de nombreux individus. Pour plusieurs personnes, le travail constitue une occasion d'apporter une contribution et de se sentir utile⁴³. Que cette contribution soit appréciée et reconnue par la hiérarchie, les collègues ou par les patients représente un facteur de bien-être et de valorisation. A ce titre, 91% des infirmiers interrogés jugent leur travail au moins « assez utile ».

⁴³ Ce critère d'utilité absent du modèle québécois ISQVT, est en revanche mesuré dans le questionnaire psycho-social de Copenhague (2002)

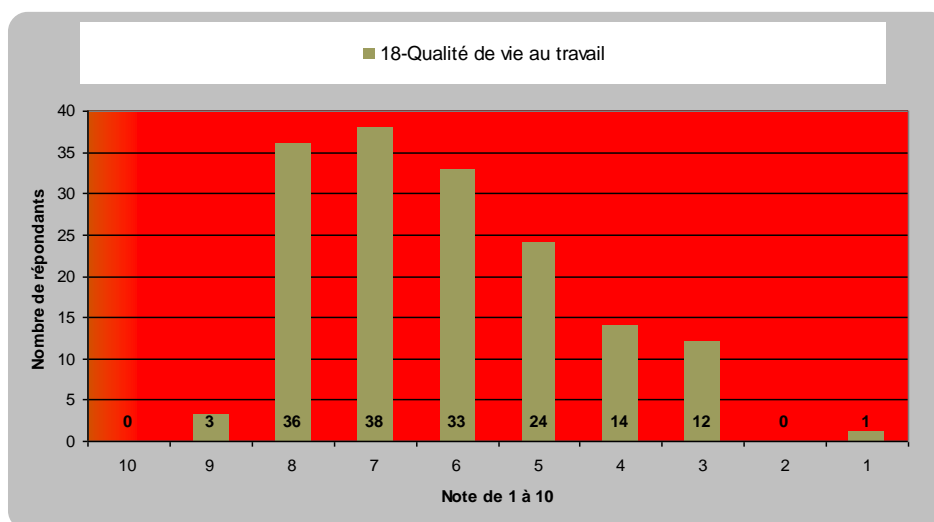
Par ailleurs, le sentiment d'être heureux dans son travail reflète l'accord entre les valeurs et aspirations de l'individu et la profession qu'il exerce, en l'occurrence le métier d'infirmière. Un fossé trop important est délétère au bien-être et peut nuire, sur la durée, à la santé de l'individu. A l'affirmation, « Je me sens généralement heureux dans mon travail », 65% des infirmiers du CHPM placent le curseur à au moins 7 sur 10 (10 étant le niveau de satisfaction maximal), et 21% le place entre 1 et 5.

j) Rémunération

Si avoir le sentiment de recevoir une rémunération juste et équitable pour les efforts n'est pas la seule source de motivation au travail, il est légitime de penser que cela contribue, cependant, dans une certaine mesure à la satisfaction et au bien-être que les professionnels y ressentent. Les enquêtes nationales révèlent une insatisfaction assez forte de la part des personnels infirmiers quand à leur rémunération. Au CHPM, 60% des infirmières se disent assez peu, pas, ou pas du tout satisfaites de leur rémunération.

C) Evaluation globale de la qualité de vie au travail

Au final, lorsqu'il est demandé à tous les personnels d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le niveau de qualité de vie au travail optimal), leur qualité de vie au travail, le résultat est assez hétérogène :



Ils sont 68% à évaluer à au moins 6 sur 10 leur niveau de qualité de vie au travail. En considérant l'ensemble des répondants, la moyenne des réponses se situe légèrement au dessus d'un niveau de qualité de vie au travail moyen, c'est-à-dire à 6. La part des personnels titulaires estimant à au moins 6 leur niveau de qualité de vie au travail est

équivalent à celle des infirmiers contractuels. Sur les personnels interrogés, ce sont les plus de 50 ans qui évaluent le plus favorablement leur qualité de vie au travail (évaluation à 7). La différence n'est pas significative entre les personnels à temps plein et ceux à temps partiel. Le fait d'avoir des enfants ou non influence peu sur la qualité de vie au travail ressentie.

Il est constaté par ailleurs que le statut n'influence pas le niveau de qualité de vie au travail. Pour autant, le fait de travailler en contrat à durée déterminée constitue un élément certain d'insécurité. Une jeune infirmière l'exprime ainsi : « *Je suis en CDD depuis deux ans et je commence à me décourager. Quoi qu'on dise ma situation est précaire et ce n'est pas confortable* ».

La qualité de vie au travail ressentie la plus défavorablement notée est constatée sur la tranche d'âge 40-50 ans. Le personnel de jour note plus favorablement que le personnel de nuit sa qualité de vie au travail.

Il transparaît en outre, de façon flagrante, dans la partie réservée aux remarques diverses du questionnaire, que les infirmières déplorent une diminution de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. Cela se manifeste par une diminution du temps de soins, du temps d'écoute, ainsi que par une indisponibilité croissante auprès du patient. Ceci est la conséquence, toujours selon les infirmières interrogées, d'une absence de stabilité dans les équipes, d'une augmentation de la charge de travail, d'une insuffisance de personnel, et du faible taux de remplacement des arrêts maladie. Il est ainsi possible de lire les réflexions suivantes : « *J'aime mon métier mais regrette de ne pouvoir passer plus de temps auprès du patient* », « *J'ai le sentiment que mon travail est réduit à des actes techniques, or le temps passé auprès du patient est aussi nécessaire et nous n'avons plus ce temps là* », « *Nous sommes amenés à remplacer sans cesse les personnels manquants et cela entraîne usure, lassitude et impression de travail mal fait* ». Selon l'enquête, 15% expriment « *le sentiment d'une baisse de la qualité des soins* ». Or, selon les propos d'une infirmière, « *La qualité de vie au travail est en lien direct avec la qualité du soin dispensé (possibilité de réflexion, d'analyse, d'échanges autour du dossier du patient pour une réponse la plus adaptée possible)* ». Le sentiment du « *travail bien fait* » à travers la nécessité exprimée de prodiguer des soins de qualité semble donc également peser fortement sur la qualité de vie au travail des personnels infirmiers.

Plus marginalement, sont évoqués l'absence de proximité des cadres de santé et ce de manière plus prononcée la nuit, l'injonction paradoxale liée à la spécialisation croissante des services et à la polyvalence demandée aux personnels du fait des nombreux remplacements à effectuer, la peur de commettre des erreurs du fait d'un effectif insuffisant, l'impossibilité fréquente de se rendre au self pour se restaurer ou bien encore le manque de places en crèche.

Afin d'identifier les éléments qui contribuent le plus à la qualité de vie au travail, il a été demandé aux infirmiers, de classer par ordre décroissant ce qu'ils considéraient comme étant les principaux éléments constitutifs de la QVT. L'enquête révèle que le climat de travail avec les collègues, l'autonomie dans le travail, et les horaires ou autrement dit le potentiel d'aménagement du temps personnel qu'offre le planning réalisé et proposé, sont les trois éléments les plus importants. La rémunération n'arrive qu'en quatrième position de ces priorités et les services supports tels que la crèche, en huitième position.

Le personnel infirmier est une compétence clé pour le fonctionnement des établissements de santé. Si nombre d'entre eux rencontrent des difficultés importantes pour à la fois recruter ces personnels mais aussi pour les maintenir dans l'emploi, le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, bénéficie d'un contexte relativement moins défavorable que d'autres territoires. Pour autant, l'établissement se trouve depuis peu dans l'impossibilité de recruter des infirmières en nombre suffisant. Pour le CHPM, l'impact est double : d'une part, l'organisation interne d'un certain nombre de services est fortement perturbée, pouvant potentiellement entraîner des dysfonctionnements, d'autre part, les répercussions directes et indirectes de cette situation sur la qualité de vie au travail des personnels, et des infirmières en particulier, semblent, au regard de l'enquête, notables. Devant ces constats, et dans le souci de répondre aux problèmes de recrutement des infirmières au Centre Hospitalier de Morlaix, la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail devient inéluctable.

2.2 La qualité de vie au travail : un outil incontournable de la gestion des ressources humaines déjà décliné au CHPM

Si la politique de qualité de vie au travail se profile comme un outil essentiel de la gestion des ressources humaines au regard de la problématique de recrutement actuelle, la direction du CHPM n'a attendu ni cette situation critique, ni les résultats d'une telle enquête, pour s'engager dans la démarche.

2.2.1 La politique de qualité de vie au travail au CHPM

La problématique actuelle du recrutement des personnels infirmiers, nous l'avons vu, ne peut se résumer à une simple difficulté ponctuelle. Les évolutions de la profession et du contexte général dans lequel elle évolue, laissent entrevoir une possible chronicisation de ces difficultés. Cela impose une réflexion permettant la construction d'une solution pérenne. Les actions mises en œuvre au CHPM, même si elles intéressent tout

particulièrement les personnels infirmiers au regard des difficultés de recrutement, ne leur sont pas pour autant spécifiques.

A) Le projet social 2008-2012

Le projet social, élément constitutif du projet d'établissement, est l'outil incontournable de la traduction de la politique sociale menée dans l'établissement. Celui du CHPM a été construit pour la période 2008-2012 sur la base d'une réflexion commune associant l'ensemble des partenaires concernés, à savoir : la direction des ressources humaines, la direction des soins, les organisations syndicales, et enfin le corps médical. Il est important de noter qu'en préambule, ce projet social met en avant un certain nombre de valeurs telles que le respect mutuel permettant d'instaurer un climat propice au bien-être au travail. L'évaluation de sa mise en œuvre est prévue pour le dernier trimestre 2010.

Ce travail fut l'occasion pour les personnels de l'établissement d'exprimer satisfactions, inquiétudes et attentes, notamment en termes de conditions de travail, de reconnaissance, de formation ou encore d'information et de communication.

Ainsi, quatre axes stratégiques ont été dégagés. Il est important de constater que tous sont en lien plus ou moins direct avec la notion de qualité de vie au travail.

- a) *Valoriser et favoriser l'implication des professionnels à travers un meilleur accès à la formation et une meilleure lisibilité des potentiels d'évolutions professionnelles*

L'enquête menée auprès des personnels infirmiers du CHPM a permis de montrer que 33% des infirmiers n'étaient « assez peu, pas, ou pas du tout satisfaits » des perspectives de carrière dans leur filière. Cet axe de travail représente donc un véritable enjeu pour l'établissement tant on sait que les évolutions de carrière, induisent un sentiment de reconnaissance et que ce dernier participe à l'amélioration ressentie de la QVT. Plusieurs actions ont été envisagées dans ce cadre.

Une première consiste, au travers de la définition des perspectives institutionnelles d'évolution professionnelle, à permettre aux infirmiers d'avoir une vision prospective, ce qui est source de motivation.

Une deuxième vise à améliorer les conditions d'intégration des nouveaux professionnels, et à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors. En effet, les chevauchement de générations des personnels infirmiers aux conséquences déjà évoquées (pertes de compétences non compensées par l'apport des nouvelles générations) et l'allongement de la durée de la vie professionnelle qui induit des risques liés au vieillissement des infirmières nécessitent une attention particulière. Dans ce cadre, la mobilité interne a été régulée par la mise en place d'un protocole de choix de poste interne tout en préservant

le principe de mobilité choisie. Une amélioration de la politique d'accueil des nouveaux arrivants a été formalisée par le biais d'un livret d'accueil, et une liste identifiant des postes adaptés est régulièrement actualisée. Une première évaluation de l'ensemble de ces dispositifs doit avoir lieu dans le courant du dernier trimestre de l'année 2010.

b) Améliorer les conditions de travail par l'optimisation des organisations de travail, le respect des champs de compétences et par l'affirmation d'une politique de prévention des risques professionnels

Une première action consiste à améliorer la coordination entre l'organisation du temps de travail des équipes médicales et des équipes non médicales afin de limiter les imprévus cause de désorganisation du travail dans les services et de dépassements d'horaires récurrents. Cela doit évidemment contribuer à l'amélioration de l'organisation du temps hors travail des infirmières, cela étant un des items majeurs de la qualité de vie au travail.

Une deuxième action touche à la sécurité des personnels. Le questionnaire a montré que 43% des infirmiers se disait « assez peu, pas ou pas du tout satisfaits » du niveau de sécurité dans leur environnement de travail, ce ressenti étant davantage exprimé dans les services de psychiatrie. L'action, consistant à prévenir les situations de violence et à accompagner les personnels confrontés aux situations de violence s'est concrétisée par la mise en place d'une formation à l'attention des jeunes professionnels débutant en service de psychiatrie par la voie d'un tutorat. Une convention entre le CHPM et le commissariat de police de la ville de Morlaix a également été signé, permettant une intervention rapide de leur part en cas de situation critique. Les personnels de nuit ont été préventivement équipés de Dispositifs d'Appel pour Travailleurs Isolés leur permettant, en cas de situation qu'ils jugeraient difficile, d'alerter les agents se situant à proximité pour que ces derniers puissent leur venir en aide.

Ensuite, il a été décidé de reconduire et renforcer les actions réalisées relatives à l'ergonomie de l'environnement, des postes de travail et des équipements. En effet, l'environnement de travail et l'ergonomie des postes de travail ont un impact certain sur les conditions de travail des infirmiers et leur bien-être, d'autant plus dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle. Cela se traduit concrètement par l'acquisition régulière et en conformité avec les capacités budgétaires de l'établissement, de matériels adaptés (lits à hauteur variable,...), ou encore par l'association des personnels à l'acquisition de matériels, et aux projets de réorganisation ou de restructuration. Des actions relatives à la manutention et à l'école du dos, à destination de tous les personnels et notamment des infirmières, ont été reconduites dans le plan de formation.

Enfin, une quatrième action, non évaluée à ce jour, vise à sécuriser les personnels infirmiers dans le cadre de leur exercice professionnel en établissant des profils et des fiches de postes conformes aux champs de compétences du métier. Cela constitue un enjeu majeur d'amélioration des conditions de travail par le biais d'une diminution du stress qui pourrait être induit par une telle inadéquation.

c) Promouvoir la communication interne en renforçant les relais de diffusion de l'information et le dialogue social

Cet axe stratégique vise à permettre une meilleure implication des personnels dans la vie institutionnelle. Cela est également un élément important de la qualité de vie au travail puisqu'il permet de développer un véritable sentiment d'appartenance et de susciter une réelle solidarité au sein de l'établissement. Cela est permis par le développement de différents supports d'informations. Ainsi, l'accès à l'information est rendu possible au CHPM par le biais d'un site intranet consultable à partir des différents services ou bien, depuis l'été 2010, des bornes installées dans des lieux de passage important des personnels tels que le self. Un journal interne, intitulé « Grand Angle » est également publié quadrimestriellement depuis 2005.

d) Maintenir l'attractivité de l'établissement en favorisant une qualité de vie au travail

Les trois actions entreprises au sein de cet axe stratégique font clairement référence à la notion de qualité de vie au travail et contribuent directement à son amélioration.

La première vise à limiter les dépassements d'horaires par la systématisation d'études périodiques de la charge de travail. Le personnel infirmier a, en effet, clairement mis en avant par le biais du questionnaire et des entretiens que la charge de travail s'était considérablement alourdie. Ce ressenti doit trouver une réponse objective par ce type d'études qui doivent être en priorité conduites dans les services où les tensions se manifestent le plus et où les dépassements d'horaires sont les plus fréquents. Cela doit contribuer à garantir aux infirmières des conditions de travail favorables, et permettre à l'établissement de rester attractif. Ces études prévues dans le projet social ne sont à ce jour pas systématisées et sont uniquement réalisées de manière sporadique.

La deuxième action vise à améliorer le processus d'élaboration des plannings et la planification des périodes de congés annuels pour permettre aux agents une meilleure visibilité, dans le respect des contraintes de la vie personnelle des agents.

Enfin, une troisième action doit permettre à toutes les infirmières de bénéficier d'un aménagement de leur temps de travail, en améliorant le traitement des demandes de

travail à temps partiel, ce qui n'a pour l'instant pas fait l'objet d'une mise en œuvre particulière.

B) La formalisation du document unique

Le recensement exhaustif des risques professionnels, passage obligé vers une politique de prévention efficace est incontestablement une des actions qui conduit un établissement à prendre le chemin de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Nous l'avons vu dans la partie relative aux définitions, la santé au travail constitue le socle de la qualité de vie au travail. Se pencher activement sur toutes les composantes du travail afin d'identifier ce qui peut potentiellement nuire aux personnels et aux personnels infirmiers en particulier, est aussi une manière de prendre soin du personnel. Cette orientation est indispensable, d'une part parce qu'elle répond à des obligations réglementaires, mais surtout parce qu'elle constitue un des éléments de réponse aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers. Cela est en effet un outil permettant de recenser et de mettre en avant l'ensemble des éléments qui se trouvent être la cause des troubles musculo-squelettiques, des troubles psycho-sociaux, de la lassitude, de l'usure professionnelle et du burn-out.

C) La promotion de la mobilité

Avoir des perspectives d'évolution, à la fois dans sa carrière et sur son lieu d'exercice, sont des atouts importants pour un établissement de santé à l'égard des infirmières. Nous l'avons évoqué, l'attractivité d'un Centre Hospitalier tient en partie à la palette des activités qu'il est en mesure de proposer à ses personnels infirmiers. Le CHPM dispose de trois grands secteurs d'activité : la médecine-chirurgie-obstétrique, la gériatrie et la psychiatrie. Bien que les services à haute technicité attirent davantage les jeunes professionnels, disposer d'un tel choix doit être mis en avant et considéré comme un atout. La mobilité interne est, en effet, un outil formidable pour lutter contre la lassitude, l'épuisement professionnel et la perte de motivation des infirmières.

En ce sens, la mise en place en octobre 2008 d'un protocole de choix de poste édictant des règles communes et partagées, basées sur une publication systématique des postes vacants et autorisant chaque agent à postuler sur trois postes différents, a constitué une véritable opportunité pour les infirmiers qui souhaitent changer d'affectation sans changer d'établissement. Au CHPM, a été réaffirmée la notion de mobilité choisie et non imposée. Cette non imposition ne doit pas conduire à un immobilisme qui serait délétère pour la partie des professionnels qui souhaitent s'offrir une nouvelle expérience et donner ainsi un nouvel élan à leur carrière. En effet, un certain nombre d'infirmiers évoquent à travers les questionnaires, leur insatisfaction à travailler dans tel ou tel secteur d'activité. Cette

situation, relativement fréquente, et d'autant plus chez les infirmières contractuelles, va à l'encontre de l'épanouissement personnel et professionnel. Il peut être la cause de départs prématurés de certains agents et ainsi entretenir une situation de pénurie. C'est pourquoi à mon sens, les entretiens annuels d'évaluation doivent aussi être des moments privilégiés d'encouragements à la mobilité.

D) La commission de maintien dans l'emploi

Un protocole existe dans l'établissement pour essayer d'accompagner au mieux les agents connaissant des difficultés d'exercice de leurs fonctions soit pour des raisons de santé soit pour des raisons professionnelles. Concernant les agents connaissant des difficultés pour raisons de santé, les difficultés qu'ils engendrent ont été clairement identifiées, les solutions proposées après avis des instances prévues à cet effet (Comité médical départemental, Commission de Réforme, Médecine du travail,...) peuvent être de différentes nature lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies :

- Changement d'affectation ou de conditions de travail avec conservation du grade,
- Le reclassement pour raisons de santé par détachement dans un autre grade soit équivalent, soit non équivalent,
- Reclassement par application de règles prévues par la loi portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière,
- Le travail suivant la formule du mi-temps thérapeutique après un congé de longue maladie, de longue durée ou un accident de travail.

Concernant les agents connaissant des difficultés pour raisons professionnelles, leur prise en charge se définit à travers un processus prévoyant trois étapes :

- L'identification des problèmes pouvant être à l'origine des difficultés professionnelles des personnels,
- La définition de mécanisme d'alerte,
- La définition de mesures d'accompagnement pouvant être mises en œuvre (court, moyen et long terme) (service social, changement d'affectation, poste adapté...)

Une commission consultative, la commission de maintien dans l'emploi, a été instituée dans l'établissement depuis 2005. Elle donne, lorsqu'elle est sollicitée, un avis sur tous ces problèmes. Présidée par le Directeur des Ressources Humaines ou son représentant, elle se réunit une fois par mois. Ce type d'initiative permet de répondre à un

nombre important de situations particulièrement problématiques et participe ouvertement à l'amélioration de la qualité de vie au travail des éventuels infirmiers concernés.

E) La prise en compte des risques psycho-sociaux

Bien qu'il s'agisse à part entière d'une catégorie de risques professionnels, et qu'ils doivent, par conséquent, faire l'objet d'un recensement par le biais du document unique, les risques psycho-sociaux méritent une attention particulière tant leurs manifestations, leurs conséquences et leur visibilité se sont accrues ces dernières années. De plus, du fait du nombre important de conséquences psychiques et somatiques par lesquelles ils se manifestent, les risques psycho-sociaux représentent une entrave importante à la qualité de vie au travail.

Dans le cadre de la prise en compte de ces risques, le CHPM a reconduit une formation de gestion du stress dans son plan de formation. Au-delà, des temps de psychologue, dédiés à trois services de gériatrie et de géronto-psychiatrie, aux secteurs de psychiatrie, ainsi qu'à l'équipe du service de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur chronique, ont été mis en place et interviennent à la demande des personnels qui le souhaitent.

Dans ce cadre, on peut aussi noter l'intervention au CHPM d'un assistant social à temps plein dédié au personnel. Ce dernier assure des missions d'accompagnement individuel des agents en partenariat avec les réseaux internes et externes. Ses missions peuvent se résumer ainsi : conseiller, orienter, soutenir les personnes en difficulté et les aider dans leurs démarches. Un tel support contribue a priori davantage à la qualité de vie de l'agent qu'à sa qualité de vie au travail. Pour autant, aider les agents en difficulté sur le plan personnel, professionnel ou financier participe à leur mise en sécurité et permet, dans une certaine mesure, d'éviter de les mettre en situation de fragilité sur leurs postes de travail.

F) Mise à disposition de places en crèche pour les enfants des personnels hospitaliers

Actuellement, 68 enfants sont accueillis dans une crèche hospitalière permettant aux parents travaillant en horaires décalés de pallier les difficultés de garde de leurs enfants. Cette offre correspond à une véritable demande puisqu'une soixantaine d'enfants se trouvent sur liste d'attente. 70% des places sont réservées aux personnels hospitaliers. Il est à noter que les locaux accueillant les enfants sont vétustes et qu'ils doivent être détruits en 2013.

Ainsi, le CHPM s'est engagé de manière active, parfois sans le nommer, dans une politique de qualité de vie au travail. Afin que cela puisse concrètement être mis en avant

pour, dans une certaine mesure, répondre aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers, il convient à la fois d'évaluer les effets de ces mesures (évaluation programmée par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins au cours du dernier trimestre 2010), de valoriser les actions déjà mises en œuvre, notamment par le biais de la communication, et de développer cette politique.

2.3 Les perspectives de renforcement d'une politique de qualité de vie au travail au CHPM

La mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail participe, dans une certaine mesure, à l'accroissement de l'attractivité d'un établissement de santé. Elle peut répondre indirectement et en partie à la problématique liée aux difficultés de recrutement des personnels infirmiers ; cela d'une part du fait de l'amélioration de l'image véhiculée par l'établissement en matière de gestion des ressources humaines, et d'autre part, du fait de l'impact d'une telle démarche sur le maintien dans l'emploi des personnels présents. Nous avons constaté que le CHPM est déjà inscrit dans cette dynamique. Pour autant, au vu des perspectives offertes par cette notion de qualité de vie au travail, et au regard des expériences et initiatives conduites dans d'autres établissements, ce champ peut être développé. Pour être optimisé et valorisé, il doit faire l'objet d'une communication dédiée.

2.3.1 Éléments de benchmarking

Afin d'appréhender concrètement la manière dont certains établissements de santé abordent la démarche de qualité de vie au travail, j'ai sollicité, par entretiens, trois directeurs des ressources humaines afin d'identifier, outre leur approche personnelle de ce concept, les actions qu'ils avaient mises en œuvre dans leur établissement respectif.

A) La QVT perçue par différents DRH

Il est intéressant de voir comment les principaux instigateurs d'une politique de qualité de vie au travail perçoivent cette notion. En effet, mettre en place une telle politique dans un établissement appelle une certaine sensibilité sur le sujet. Bien que l'on puisse naturellement penser que cela fasse aujourd'hui partie, à part entière, du champ de compétences des responsables de la gestion des ressources humaines, la qualité de vie au travail fait encore l'objet d'une certaine hétérogénéité dans son acception. Je me suis aperçu pourtant que même si aucun d'entre eux n'en délivre spontanément la même définition, tous perçoivent les enjeux d'une telle démarche.

Les directeurs des ressources humaines sollicités⁴⁴ pour réaliser ces entretiens, exerçant dans des structures peu ou prou équivalentes à celles du CHPM, ont, pour commencer, une perception inégale de cette notion de qualité de vie au travail dont, pour certains, la découverte ce fit à l'occasion de la lecture du guide de certification de la HAS.

Pour autant, si ce terme précis est encore relativement récent et peu fréquemment usité dans les services des ressources humaines, des notions voisines et parfois similaires telles que le bien-être au travail semblent plus utilisées. On retrouve également dans les réponses apportées des descriptions relativement proches de la notion de qualité de vie au travail : si pour l'un d'entre eux la définition de cette notion se résume spontanément à celle écrite sur le manuel de certification V2010 de la HAS, pour les deux autres directeurs interrogés, les tentatives de définition se veulent plus personnalisées. Pour la première, la QVT « *commence à la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale* » et pour la seconde, « *la qualité de vie au travail c'est ce que doit pouvoir offrir un employeur à son agent pour qu'il fasse correctement le travail pour lequel il est employé et rémunéré et que cette personne ait un goût à venir travailler, qu'elle s'y sente suffisamment bien pour ne pas y venir à reculons* ». On perçoit également que les contours de cette notion sont assez difficiles à appréhender. Pour ces acteurs de la gestion des RH, la frontière avec les conditions de travail et les risques professionnels est relativement ténue. Ce flou autour du périmètre du concept et ses impacts sur la gestion des ressources humaines occasionnent en conséquence certaines craintes. En effet, nous l'avons souligné, la qualité de vie au travail s'appuie sur la définition de la qualité de vie. Une directrice souligne qu'il faut être prudent car « *c'est une notion très subjective, très étroitement imbriquée avec la qualité de vie personnelle ou extraprofessionnelle ; ma crainte c'est que l'établissement doivent porter la charge et la responsabilité de l'ensemble* ».

Au final, les termes d' « envie » et d' « épanouissement » ont été très largement cités. Ils résument relativement bien ce à quoi doit conduire une politique des ressources humaines tournée vers la QVT.

B) Des initiatives diverses

Malgré des perceptions assez peu précises et différentes de la notion de QVT, les directeurs des ressources humaines des établissements sollicités se montrent à la fois relativement préoccupés par ce sujet et concrets dans la mise en œuvre d'actions participant à l'amélioration de la qualité de vie au travail dans ses différentes composantes.

⁴⁴ Liste disponible en ANNEXE.

a) *Améliorer l'organisation du temps de travail*

Un des aspects de la qualité de vie au travail est en lien direct avec l'organisation même du travail. Ainsi pour une DRH agir dans le sens de cette notion, « *c'est aussi parfois aller contre l'avis des agents, pour leur bien être. Par exemple, les bascules horaires, soir/matin, génèrent de la fatigue, du stress, de la tension au travail et des arrêts de travail : donc nous, nous avons commencé à remettre en cause ces fameuses bascules horaires étant convaincus qu'arriver à des roulements plus justes et plus équilibrés sur le plan de la santé des individus sont nécessaires* ». Un autre directeur exprime la nécessité d' « *agir sur la qualité de la planification. C'est à (son) sens une vraie qualité de vie au travail pour l'agent que d'avoir un cycle de travail bien défini sur lequel il n'y aura que très peu de retouches, qu'il puisse avoir une bonne visibilité de son temps de travail* ».

Les horaires de travail sont effectivement un enjeu important pour les établissements de santé en matière de qualité de vie au travail pour les personnels infirmiers. Une des conséquences des horaires atypiques que pratiquent ces professionnels est la difficulté à assurer la garde des enfants. A ce titre, les directeurs des ressources humaines mettent tous en avant les efforts qu'ils consentent pour mettre à disposition, des infirmières notamment, des places en crèche. Les modalités d'attribution des places diffèrent d'un établissement à l'autre en fonction de la structure juridique à laquelle la crèche est rattachée ; une directrice explique : « *Nous n'avons pas de crèche mais nous sommes conventionné avec un organisme qui organise la garde d'enfants uniquement dont les parents ont des horaires atypiques (12 places). Les places étant limitées nous allons mettre de nouveaux critères, notamment pour répondre aux demandes des familles monoparentales* ».

Ce type de mesure permet, en effet, d'offrir une contrepartie aux horaires atypiques et décalés qu'impose l'exercice de la profession d'infirmière en milieu hospitalier. Si cela semble être une mesure minime au regard du nombre de places qui sont en général mises à disposition (comparativement au nombre d'infirmières travaillant en horaires décalés), elle demeure néanmoins une réponse possible à certaines situations difficiles.

L'organisation du temps de travail est aussi en lien étroit avec la qualité de vie au travail du fait de l'impact qu'elle peut avoir sur la vie personnelle. Concilier vie privée et vie professionnelle impose une réflexion sur l'aménagement du temps de travail. Dans ce cadre, le travail en horaires de 12h est parfois une réponse apportée⁴⁵. En effet, si le fait de travailler pendant 12 heures consécutives n'améliore pas en soi la QVT, la meilleure organisation du temps libre que cela permet, contribue en revanche à modifier, dans

⁴⁵ MARTIN F., BARRAU-BAUMSTARK K., REBESCHINI E., mars 2009, « Qualité de vie, fatigue et épuisement professionnel : évaluation chez des agents paramédicaux de services de réanimation », *Gestions hospitalières*, n°484.

certaines situations, le rapport au travail. Les horaires sont, en effet, parfois vécus comme une contrainte ; l'idée même donc, d'imposer un tel fonctionnement en 12h ne semble pas pertinent. En revanche, si une telle organisation s'avère très largement plébiscitée par une équipe ou par un secteur d'activité précis, répondre à cette demande peut conduire à l'amélioration de la façon dont le professionnel perçoit l'organisation de son temps de travail, à en accepter d'autant mieux les contraintes et donc, indirectement, à se sentir mieux au travail. Deux des directeurs interrogés ont conduit ces expériences. « *On a des 12 heures qui ont été mises en place en réanimation, en soins intensifs et en néonatalogie mais il y a des services que je ne vois pas passer en 12h. Cela peut être une réponse par secteur, il ne faut sans doute pas les systématiser* ». Un questionnaire d'évaluation distribué dans les services travaillant en 12h d'un de ces centres hospitaliers montre des résultats relativement positifs puisqu'à la question « l'organisation du travail en 12h vous convient elle ? », 84% des agents concernés répondent favorablement.

Un autre directeur ayant mis en place les 12h dans son établissement, sur demande des agents eux-mêmes, explique qu'une enquête postérieure à la mise en place de cette organisation avait permis de mettre en évidence la satisfaction des personnels. Selon lui, « *ces 12h entraînent un nouvel arbitrage vie professionnelle/vie privée et c'est pour les agents une véritable qualité de vie, pas nécessairement au travail, mais en général, avec pour conséquence beaucoup de temps libre. Cela donne aussi indirectement la possibilité d'habiter plus loin de l'hôpital puisqu'on y vient moins souvent. On s'éloigne de son travail physiquement et symboliquement* ». Il faut veiller néanmoins à ce que la solution apportée ne se résume pas à éloigner un professionnel de son métier. L'enjeu reste bel et bien de faire en sorte que l'agent se sente bien sur son lieu de travail, et réduire le temps passé au travail de l'agent ne saurait être, dans la perspective d'une amélioration de la QVT, un objectif en soi.

Enfin, la réflexion sur l'organisation du temps de travail implique aussi que soit abordée la question du travail à temps partiel. En effet, si les établissements interrogés ne mettent pas de limite à l'attribution des temps partiels sur autorisation, en reconnaissant que cela permet un « *moindre essoufflement des personnels, et une meilleure adéquation entre vie personnelle et vie professionnelle* », l'un des deux DRH enquêtés pense malgré tout trouver une solution permettant la maîtrise du nombre de ces demandes, compte tenu, outre le surcoût que cela représente concernant les 80%, des difficultés qu'elles posent pour leur compensation. Par ailleurs tous les services ne sont plus en mesure d'accepter de temps partiels. L'idée serait alors de « *définir a priori un volume global de temps partiels sur lesquels les personnels pourraient postuler* ». Les personnels infirmiers seraient amenés, dans le cadre d'un protocole d'attribution du temps partiel, à solliciter des postes dont la quotité est à priori définie. Cela donnerait la possibilité à la fois de maîtriser le volume des temps partiels sur l'établissement et d'offrir aux services un

effectif constant, facteur de stabilité, de meilleure organisation du travail et donc de meilleure qualité de vie au travail.

b) Promouvoir la mobilité interne

La mobilité offerte aux professionnels est incontestablement un élément générateur de motivation, de dynamisme et peut permettre l'évitement d'une certaine forme de lassitude chez les infirmières. Ce champ est très largement exploité par les directeurs des ressources humaines. Si dans les établissements sollicités, comme au CHPM, la mobilité interne est organisée de façon transparente par le biais d'une diffusion systématique de la liste des postes vacants et la possibilité donnée à chaque infirmière d'y postuler, à condition d'être titulaire en poste depuis au moins deux ans, une réflexion naît, en revanche, dans un établissement sur la création d'un outil permettant de suivre individuellement les personnes qui candidatent et qui ne sont pas retenues. En effet, une infirmière qui postule sur un de ces postes vacants et se voit refuser sa demande reste dans son service. Si la mobilité de cette IDE est refusée à plusieurs reprises, cela peut créer de la frustration, voire dans certaines situations de la souffrance au travail. Le but est ici de s'assurer, par le biais d'un outil de suivi non encore créé, de ne pas freiner ni démotiver des agents désireux de donner à leur carrière un nouvel élan, source de satisfaction au travail et d'amélioration de la qualité de vie au travail.

c) Actions portant sur la charge de travail

Nous l'avons évoqué précédemment, la qualité de vie au travail est aussi très liée à la charge de travail qui incombe aux personnels infirmiers. De ce fait, après s'être assuré du caractère optimal de l'organisation mise en place dans un service donné, la question peut être posée de savoir si la charge de travail mesurée est bien en adéquation avec le personnel présent. Dans les situations où cela n'est objectivement pas le cas, la nécessité de poster davantage d'infirmiers sur un service peut être envisagée comme une solution. Une directrice expose la situation d'un service de chirurgie dans lequel les interventions les plus « légères » ont été transférées vers le service de chirurgie ambulatoire. Le service d'hospitalisation a, en conséquence, vu augmenter le nombre de patients accueillis pour des chirurgies plus lourdes. Cela a majoré la charge de travail et mis les infirmières en situation de stress permanent et d'insécurité. Pour répondre à cette situation, cette même DRH souhaite, dans son établissement, modifier les équipes de travail et remplacer, notamment la nuit, le traditionnel binôme infirmière/aide-soignante par deux infirmières. Une expérimentation de ce modèle va être conduite à partir de septembre 2010 sur une unité de semaine (17 lits de chirurgie de semaine et de 10 lits d'hôpital de semaine de cardiologie) ou l'équipe de nuit, du fait de la multiplicité des

spécialités présentes sur le service, va être composée de deux infirmières. Par ailleurs, Cette directrice n' « *exclut pas l'idée de conduire la même expérimentation en chirurgie digestive si les indicateurs de charge en soins restent ce qu'ils sont* ».

d) *Favoriser de bonnes relations interpersonnelles sur le lieu de travail*

Le rythme de travail des infirmières, parfois soutenu, le stress lié aux responsabilités, aux sollicitations fréquentes émanant du corps médical, des familles, ou des autres collègues, participent à la constitution d'un environnement parfois propice au développement d'une certaine tension. La qualité de vie au travail se mesurant également à la qualité des relations que les personnels peuvent entretenir entre eux, certains DRH ont souhaité investir davantage ce champ. Une directrice explique : « *Lors de notre démarche de prévention nous avons fait le constat d'une certaine tension entre les personnels et nous avons mis en place des séances de yoga et de relaxation pour les agents, soit avant leur prise de poste soit après ; cela devait participer à plus de sérénité dans la relation à l'autre. Ces séances avaient été calées au plus proche des horaires des soignants, elles étaient gratuites et se faisaient dans le cadre du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT). Je ne voulais pas que ces séances se fassent sur le temps de travail. L'évaluation de cette démarche laissait apparaître que quand on a passé plus de 7h avec ses collègues on n'a pas nécessairement envie de passer une séance de yoga avec eux. Cela s'est déroulé sur deux semestres et malgré la souplesse offerte par le dispositif, l'expérience a été abandonnée faute de participants* ». Cette même directrice constate également « *moins de solidarité dans les services, il y a des accrochages verbaux, il y a de la violence verbale...Il y a aussi un lien très fort entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle : on se trouve parfois à gérer à l'hôpital le comportement inadapté au travail d'une infirmière qui par ailleurs nous raconte qu'elle est comme cela du fait du licenciement récent du mari...Est-ce le rôle du DRH d'entendre tous ces éléments là, je ne sais pas ?* ». Devant ces constats, la direction des ressources humaines de cet établissement envisage de créer un poste de psychologue géographiquement rattaché à la médecine du travail.

La qualité de vie au travail est donc une préoccupation de nombreux établissements de santé. L'inventaire des actions conduites sur ces trois établissements permet de constater que malgré un engagement inégal dans la démarche, de nombreuses actions se mettent en place. S'inspirer de certaines de ces initiatives, mais aussi en rechercher de nouvelles, doit permettre le développement d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail affichée, et être utilisée pour répondre en partie aux difficultés de recrutement des personnels infirmiers.

2.3.2 Des propositions de développement de la politique de qualité de vie au travail au CHPM

La problématique du recrutement du personnel infirmier au CHPM, qui, d'une part, pose des difficultés de fonctionnement et, d'autre part, accentue le sentiment de diminution de qualité de vie au travail des personnels infirmiers présents, est, comme je l'ai souligné, une réalité qui risque de se chroniciser. La réponse à cette difficulté peut, dans une certaine mesure, passer par le développement de la politique de qualité de vie au travail. Mettre en place de nouvelles mesures et surtout afficher cette volonté par le biais d'une communication dédiée en sont les grandes lignes. Cela demande, au-delà de la dynamique impulsée par la direction des ressources humaines, une implication de l'ensemble des personnels infirmiers et leurs représentants (CHSCT), indispensables acteurs de la construction des solutions proposées.

L'ensemble de ces préconisations ont été soumises au directeur des ressources humaines du CHPM.

A) Préconisations d'actions participant à l'amélioration de la QVT

a) *Systématiser l'évaluation de la charge de travail*

J'ai identifié à travers l'enquête réalisée sur le CHPM que les personnels infirmiers expriment le fait que leur charge de travail s'est très nettement amplifiée ces dernières années. Cette dernière est inadaptée aux effectifs en place dans certains services. Si cela peut, en partie, s'expliquer par un certain nombre de phénomènes précédemment soulignés, cette perception reste dans de nombreux cas, très subjective. Le lien qui est fait par les professionnels entre la charge de travail, le rythme qui en découle, et le sentiment de ne pas faire correctement leur travail est fort et a un impact direct sur le niveau de qualité de vie au travail.

Cette augmentation de la charge de travail peut avoir plusieurs conséquences, et notamment un absentéisme plus fréquent.

L'enjeu est ici, dans un premier temps, d'identifier les services dans lesquels se concentrent les difficultés en termes de présentéisme infirmier, ce afin de prioriser la mise en œuvre d'une étude de la charge de travail. Un certain nombre d'indicateurs par service tels que le nombre d'arrêts maladie par année, le nombre d'agents arrêtés, la durée et la fréquence des arrêts peuvent permettre la mise en exergue objective de services posant des difficultés particulières.

Après avoir identifié ces unités, il conviendrait de mettre en œuvre l'étude à proprement parlé de la charge de travail. Si cela doit se faire prioritairement dans les services concentrant des difficultés, l'ensemble des services de l'établissement doivent à terme

bénéficier d'une telle démarche. En effet, au-delà de la charge de travail évaluée, en valeur absolue, son évolution est primordiale à mettre en lumière. Les restructurations nombreuses qui accompagnent la vie hospitalière et ses évolutions, entraînant souvent des modifications de la charge de travail, doivent s'accompagner d'une nouvelle étude dont les résultats comparés à une première, faisant référence, permettrait au minimum de reconnaître une éventuelle augmentation, au mieux la mise en adéquation objective des effectifs nécessaires. Ces études doivent être conduites, pour des raisons de proximité des équipes, par les cadres de santé selon une périodicité pertinente au regard des évolutions que connaît un service donné. Le coût de ces études est celui du temps consacré par le cadre de proximité à ce travail.

Il est important de noter que les nombreuses restructurations évoquées ci-dessus, entraînent également parfois des modifications dans la nature même du travail et de son organisation dans le service. Ainsi, l'évaluation de la charge de travail dans un service ne peut se faire sans l'analyse concomitante de l'efficacité de l'organisation du travail, ce, afin d'objectiver le recours aux ressources humaines. Cette responsabilité relève, en partenariat avec la direction des ressources humaines, de la direction des soins.

b) Réaliser une cartographie des Risques Psycho Sociaux (RPS)

Si une telle démarche doit bien évidemment s'intéresser à l'ensemble des personnels de l'établissement de santé, elle concerne proportionnellement un grand nombre de personnels infirmiers. Ces derniers, du fait de leurs responsabilités notamment, mais aussi du fait de la nécessité d'adaptation permanente des services aux besoins de la population et du dynamisme organisationnel dans lequel évolue l'établissement au gré des réformes hospitalières, sont soumis de manière croissante aux risques psychosociaux. L'enjeu est majeur au regard de l'impact de ces risques sur les conditions de travail ainsi que sur l'état de santé psychique et physique des professionnels. Si ce travail a, en partie, été conduit à travers la démarche de recensement des risques professionnels, elle-même réalisée dans le but d'actualiser le document unique, elle doit être développée.

La finalité de la cartographie est d'évaluer le degré d'exposition des salariés au risque psychosocial et d'identifier précisément les causes organisationnelles de la souffrance au travail. Cela nécessite :

- L'identification des caractéristiques des populations les plus exposées (âge, fonction, service de rattachement, ancienneté, etc.) et des situations de travail à risque.
- La détermination des leviers d'actions les plus pertinents et la mise en place de modes de prévention précis et adaptés.

Initier une telle démarche est aussi une opportunité, en tant que directeur des ressources humaines, pour créer voire consolider un climat d'échange et d'écoute, lui-même favorable à l'établissement d'un du climat social apaisé.

L'approche de l'évaluation des RPS devra se centrer au maximum sur la réalité des conditions de travail et ne pas s'appuyer uniquement sur la souffrance exprimée par les personnels. Pour cela, elle devra se réaliser par le biais d'une enquête, mais aussi d'entretiens et d'observations directes. L'implication des cadres de santé de proximité, notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation, et des médecins du service de santé au travail doit être privilégiée pour réaliser cette cartographie.

Afin qu'une telle démarche puisse être une occasion de développer une culture partagée autour de thématique des risques psychosociaux, l'ensemble des acteurs doivent y être associés.

L'enjeu de cette évaluation est bien sûr de développer une démarche de prévention de ces risques dans l'établissement, dans la perspective d'améliorer la qualité de vie au travail.

c) Mise à disposition de l'ensemble des personnels d'un psychologue du travail

L'exposition aux risques psychosociaux est conditionnée par l'équilibre qui existe au sein d'une organisation entre quatre principales dimensions. Parmi ces composantes, une, concerne les modalités d'alerte, une autre le soutien social professionnel. L'apport d'un psychologue du travail dans ces deux champs constitue une plus-value indéniable. Apporter les compétences d'un expert en mesure d'apprécier, d'analyser, d'écouter et de conseiller la personne en poste répond à un besoin constant. Le soutien ainsi apporté, par le biais de mesures individuelles ou collectives, peut constituer une solution lorsque l'épuisement professionnel est présent.

La mise à disposition d'un psychologue du travail devrait donc constituer un des éléments de réponse en matière de prévention des risques psychosociaux. Les médecins du service de santé au travail du CHPM, interrogés à ce sujet, reconnaissent d'ailleurs le double intérêt que représenterait la présence d'un tel professionnel au sein de l'établissement. En premier lieu, il possède une expertise en matière de prise en charge psychologique ce qui n'est pas nécessairement leur cas ; cela offrirait aux personnels, et aux infirmiers en particulier, un lieu d'écoute qui se révèle de plus en plus nécessaire à leurs yeux. En second point, ce temps d'écoute, très chronophage, se fait au détriment d'une des missions première du service de santé au travail, à savoir le suivi régulier des agents.

Il existe un temps de psychologue du travail sur le CHPM mais il n'est, comme nous l'avons déjà vu, consacré qu'au secteur de psychiatrie, ainsi qu'au service de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur chronique.

L'action préconisée ici consiste à étendre ce dispositif à l'ensemble du personnel et notamment aux professionnels exerçant dans le secteur MCO. Cela doit se formaliser, comme cela a déjà été évoqué dans le projet social 2008-2012 de l'établissement, par la création d'un poste partagé entre certains des établissements du secteur sanitaire. Des discussions ont déjà eu lieu entre les établissements concernés mais n'ont, à ce jour, pas abouti. La reprise des discussions doit permettre un accord rapide. Ce professionnel doit être à disposition des agents sur des horaires suffisamment larges pour leur permettre un accès aisé. Une estimation préalable, par les médecins du service de santé au travail, du temps de psychologue nécessaire, doit être engagée et confirmée par la direction des ressources humaines.

Le DRH du CHPM souligne que, pour assurer l'efficacité d'un tel dispositif, la neutralité du psychologue du travail doit être totale. A ce titre, il paraîtrait judicieux qu'un tel professionnel, bien que travaillant en lien étroit avec la direction des ressources humaines et la médecine du travail, ne fasse pas partie du personnel du CHPM.

d) Pérennisation de modalités de mise à disposition de places en crèche

La qualité de vie au travail des personnels infirmiers tient également aux facilités qui leurs sont proposées pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. Les horaires atypiques couramment faits par ces agents ont un impact fort sur leur vie privée et ce d'autant plus qu'ils ont des enfants. À ce titre, la réponse actuellement apportée par le CHPM par le biais de la mise à disposition aux personnels d'environ 45 places en crèche semble relativement satisfaisante malgré l'existence d'une liste d'attente. Pour autant, cette structure, financée en grande partie par le Centre Hospitalier, va être détruite à l'horizon 2013, à la fois du fait de sa vétusté, mais aussi du fait de la construction en lieu et place de l'actuelle crèche d'un nouveau bâtiment accueillant des patients de psychiatrie.

La formalisation d'un projet maintenant des places en crèche pour les professionnels réalisant des horaires atypiques, et visant à rassurer les personnels en postes et ceux potentiellement intéressés par le CHPM, est incontournable. A ce titre, les discussions avec les différents partenaires et financeurs que sont la communauté de commune de Morlaix, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et le Conseil Général, doivent se poursuivre dans le but de maintenir une offre équivalente. Les négociations, particulièrement difficiles, ne doivent pas faire perdre de vue, au regard notamment des difficultés de recrutement de personnels infirmiers, l'intérêt d'une telle structure pour des

professionnels de santé ayant des enfants. La part financée aujourd'hui par le CHPM pour assurer le fonctionnement de la crèche est relativement importante. Ne pas reconduire de financement dans le cadre d'un projet de reconstruction peut représenter une économie réelle. Cependant, au nom, d'une part, de la responsabilité sociale d'un établissement de service public et, d'autre part, de la problématique actuelle de recrutement, je pense qu'assumer un tel financement peut se révéler être un choix pertinent.

e) Association systématique du service de santé au travail aux projets de restructuration

Nous avons, en effet, constaté l'impact sur la qualité de vie au travail des nombreuses restructurations menées dans les établissements de santé. Ces dernières entraînent des pertes de repères, des modifications dans l'organisation du travail, la nécessité parfois d'acquérir de nouvelles compétences, et peuvent en quelque sorte rompre les équilibres atteints dans les organisations précédentes. L'implication des personnels concernés, notamment des infirmières, lorsque des évolutions architecturales ou d'activités ont été envisagées au CHPM, a généralement été effective. Malgré cela, les répercussions sur l'état de santé psychique des personnels, ou plus généralement sur leur bien-être, ne sont pas systématiquement neutres.

Du fait de ce lien entre les restructurations futures et le possible impact sur l'état de santé, et sur le bien-être des personnels, une collaboration plus étroite avec le service de santé au travail est intéressante. Son expérience et sa connaissance de l'état de santé des personnels impliqués peut constituer un angle d'approche différent de celui des directeurs des ressources humaines et des soins. Leur association systématique permettrait alors une appréhension plus globale des projets de restructurations, et d'éventuelles mises en garde de leur part quant à la genèse de situations potentiellement délétères sur le plan humain, permettrait leur anticipation et leur prévention. En effet, il semble préférable de préparer les personnels au changement en amont, avec la participation éventuelle d'un psychologue du travail, plutôt que de constater, après la mise en œuvre d'une restructuration, l'instauration d'une certaine forme de souffrance au travail.

B) Evaluation des actions d'amélioration de la QVT

La mise en œuvre d'une politique volontariste d'amélioration de la qualité de vie au travail, en partie faite pour répondre aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers, ne peut se faire sans envisager une évaluation des résultats.

Ainsi, l'efficacité d'une telle politique devrait en premier lieu se mesurer :

- ✓ au nombre de postes d'infirmiers non remplacés
- ✓ au nombre de postes vacants.

En second lieu, et en regard des actions préconisées précédemment, il conviendrait de suivre un certain nombre d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de vie au travail à proprement parlé. Au même titre que pour l'ensemble des actions évoquées, une concertation la plus large possible doit permettre d'aboutir à la définition d'indicateurs partagés et validés par les instances de l'établissement. La constitution d'un groupe de suivi de la qualité de vie au travail peut à ce titre être envisagée. Sa composition doit faire apparaître des représentants du CHSCT, un médecin du travail, un psychologue, et le directeur des ressources humaines. La liste d'indicateurs suivante ne constitue donc qu'une proposition, non exhaustive :

- ✓ Pourcentage d'heures supplémentaires
- ✓ Evolution du taux d'infirmières à temps partiel sur autorisation
- ✓ Absentéisme : nombre moyen de jours d'absence par infirmière
- ✓ Nombre de rappels sur journées de repos
- ✓ Durée moyenne de stagiérisation
- ✓ Nombre de services ne mettant pas le planning à disposition des personnels au moins deux mois à l'avance
- ✓ Evaluation globale de la QVT par la reconduction annuelle du questionnaire adressé au cours de cette étude.

C) La communication : un axe majeur du développement de la politique de qualité de vie au travail

Si la politique de qualité de vie au travail est une préoccupation importante de la direction des ressources humaines du CHPM et de la direction des soins, on peut supposer que cela n'est vraisemblablement pas perçu à sa juste hauteur par les personnels directement concernés. En effet, il est en général plus courant de parler du verre à moitié vide que du verre à moitié plein. Si les difficultés rencontrées au quotidien par les équipes infirmières sont bien réelles, les efforts conduits par la direction du CHPM le sont aussi. L'enjeu est ici d'impulser, par le biais d'une communication dédiée à la qualité de vie au travail au CHPM, une dynamique positive et collective sur cette thématique. La possibilité précédemment évoquée de constituer un groupe de suivi de la QVT va dans ce sens.

En effet, l'ensemble des actions conduites par le CHPM en faveur de la QVT sont plus ou moins bien connues du personnel ou tout du moins le sont partiellement, cela pour plusieurs raisons. D'une part, les supports sur lesquels sont décrites ces démarches, même s'ils sont accessibles en version papier ou sur l'Intranet, comme l'est notamment le projet social, sont a priori peu consultés. D'autre part, les actions engagées n'ont - pour certaines - pas encore porté concrètement leurs fruits, et cela donne aux agents un sentiment d'immobilisme. Cela discrédite dans une certaine mesure, à tort, la direction des ressources humaines à qui on peut reprocher une inaction, voire une certaine indifférence à l'égard de la situation des personnels infirmiers notamment.

Communiquer et réaffirmer son engagement dans une politique d'amélioration de qualité de vie au travail présente finalement, pour peu ou pas d'inconvénient(s), beaucoup de bénéfices. Communiquer précisément sur cette thématique, revient en quelque sorte à dire que l'on a pris conscience de l'enjeu majeur qu'elle représente mais aussi et surtout que l'on a entendu le mal-être exprimé. Cela constitue le socle de la démarche.

Par ce biais, il doit aussi être possible de souligner et de présenter aux agents comment se décline cette prise de conscience au Centre Hospitalier. Des actions concrètes existent. Il est nécessaire de les rendre plus visibles afin d'initier, dans l'esprit des infirmières, une inflexion dans la perception qu'elles ont de l'engagement de la direction des ressources humaines pour leur qualité de vie au travail.

Une telle communication doit être la plus large possible et permettre une diffusion optimale de l'information. La distribution d'un triptyque rappelant aux personnels les actions menées en faveur de leur qualité de vie au travail ainsi que les soutiens divers qui peuvent leur être apportés semblerait un premier pas intéressant. Ce support pourrait également contenir un tableau de bord comportant les résultats d'un certain nombre d'indicateurs relatifs à la QVT au CHPM.

Le mode participatif devrait aussi être privilégié, et l'organisation d'une table ronde ou d'une conférence débat portant sur la thématique pourrait être envisagée. D'autres supports, tels que ceux existant dans l'établissement (type intranet ou journal interne) pourraient être secondairement utilisés.

L'existence d'une Semaine de la qualité de vie au travail, annuellement organisée par l'ANACT au mois de juin, est une opportunité à saisir par l'établissement pour marquer sa détermination et son engagement dans le domaine, à l'instar de ce qui peut déjà se faire pour d'autres thématiques, telles que le développement durable.

Conclusion

Les infirmières et infirmiers représentent une catégorie de personnel majeure dans les établissements de santé, tant du point de vue de la quantité puisqu'ils sont les professionnels les plus nombreux au sein de ces institutions, que du point de vue du rôle essentiel qu'ils occupent dans la chaîne des soins. Pour un certain nombre de raisons qui tiennent à la fois à des éléments de contexte - tels que les nombreux départs en retraite ou l'augmentation de la demande globale en soins - mais aussi aux conditions d'exercice particulièrement difficiles que connaissent ces professionnels, leur recrutement s'avère complexe. A l'instar d'autres établissements, le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix se trouve confronté, ces dernières années, de manière plus aiguë, à cette problématique. Face à ces difficultés, la qualité de vie au travail de ces agents apparaît comme un enjeu majeur. L'évaluation conduite au CHPM, a permis de mettre en lumière les insatisfactions diverses des personnels infirmiers. Dès lors, devant la problématique rencontrée de recrutement de ces personnels, la mise en œuvre d'une politique volontariste de développement de la QVT m'a semblé incontournable. C'est dans ce sens que j'ai formulé un certain nombre de propositions. Le bénéfice attendu est double. D'une part, la volonté affichée de l'établissement de travailler dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie au travail doit concourir à renforcer son attractivité. D'autre part, une telle politique ne peut que contribuer à favoriser le maintien dans l'emploi des personnels, notamment des plus âgés. A mon sens, une telle politique constitue donc, à moyen terme, une réponse efficace et durable aux difficultés de recrutement des personnels infirmiers. Il convient, cependant, de faire preuve de réalisme et de souligner qu'une telle politique ne peut se suffire à elle-même. Elle ne peut donc venir qu'en soutien aux nombreuses autres dispositions prises par la direction des ressources humaines et la direction des soins pour faire face à ce contexte de recrutement difficile.

Si la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers a, dans ce cadre, été déclinée sous l'angle de la problématique du recrutement et du maintien dans l'emploi, on ne doit pas oublier que c'est aussi et surtout les patients eux-mêmes qui doivent indirectement en récupérer des bénéfices. Cela peut être, notamment, sous tendu par l'hypothèse qu'un personnel mieux « soigné » sera potentiellement meilleur « soignant ». Dès lors, devant l'exigence croissante des citoyens en matière de santé, après le palmarès des meilleurs hôpitaux, à quand celui des établissements de santé où il « fait bon travailler » ?

Bibliographie

Références juridiques

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 26 mai 2009 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier.

Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Lettre rectificative au projet de loi relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, 23 février 2010, « *Suppression de la catégorie active des corps et cadres d'emplois d'infirmier et de personnel paramédicaux dans le cadre de la réforme LMD, Etude d'impact* », disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 20 novembre 2009, « Accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique », disponible sur <http://www.fonction-publique.gouv.fr>

Ministère de la santé et des sports, 2 février 2010, « *Le protocole d'accord relatif à la réforme LMD* », disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

Ouvrages

ARSLAN L., 2002, *Les infirmières*, collection Si c'était à refaire, Seli Arslan.

Commission Européenne, avril 2008, « *Soins de longue durée dans l'union européenne* », Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 16 p.

DUMAS M., 2008, « *Vie personnelle et vie professionnelle : vers un nouvel équilibre dans l'entreprise ?* », collection Questions de société, Edition Management et Société, 174 p.

LITTLE L. et BUCHAN J., 2007, « *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation* », Centre International des Migrations d'Infirmières.

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, « *Le plan santé au travail 2010-2014* », disponible sur <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mars 2007, « *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations* », Rennes : Presses de l'EHESP, 208 p.

Articles

ANACT, mai/juin 2007, « Améliorer la qualité de vie au travail : des pistes pour agir », *revue de la qualité de vie au travail*, numéro spécial.

BITAUD M., LEMAITRE M., mai 2008, « Ressources humaines : pour un management durable », *Gestions hospitalières*, n°476.

CAMUS I., WALSTISPERGER D., octobre 2009, « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 », *DARES - premières synthèses*, n° 41.4.

CHARDON O., ESTRADE M-A., TOUTLEMONDE F., décembre 2005, « Les métiers en 2015 », *DARES - Premières synthèses*, n° 50.1.

CHAUMONT E., ESTRYN-BEHAR M., GARCIA F., DESLANDE H., RAVACHE E., BITOT T., PICOT G., 2009, « Réduction du temps de partage parmi les soignants: quand l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les possibilités de soins relationnels en gériatrie », *Etude PRESST-NEXT*, disponible sur www.presst-next.fr

ESTRYN-BEHAR M., juin 2004, « Infirmières : êtes vous satisfaites de vos conditions de travail, la situation des infirmières diplômées d'Etat et spécialisées en France », *La revue de l'infirmière*, Hors Série.

ESTRYN-BEHAR M., NEGRI J-F., LE NEZET O., septembre 2007, « Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », *Droit déontologie et soins*, volume 7, n°3, pp. 308-327.

FHP, Direction des Ressources Documentaires, janvier 2010, « *La formation des infirmiers diplômés d'Etat dans les Instituts de formation en soins infirmiers* », disponible sur Internet : <http://www.fhp.3cfr.com>

LAMBERTON A-L, PELEGE P., septembre 2008, « *Les interruptions de formation en Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI) - Etude des facteurs psychosociaux et préconisations* », disponible sur Internet : www.infirmiers.com

LAWLER, E. E. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it. In L. E. Davis and A. B. Cherns (eds.), *The quality of working life: Vol. I* (pp. 123-133). New York: The Free Press.

LE LAN R., février 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *DREES - études et résultats*, N° 373.

LE LAN R. avec la collaboration de BAUBEAU D., aout 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *DREES - Etudes et résultats*, n° 335.

MARQUIER R., avril 2005, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *DREES - Etudes et résultats*, n° 393.

MARTIN F., BARRAU-BAUMSTARK K., REBESCHINI E., mars 2009, « Qualité de vie, fatigue et épuisement professionnel : évaluation chez des agents paramédicaux de services de réanimation », *Gestions hospitalières*, n°484.

ROMAN-RAMOS P., mars 2009, « Les Rapports BERLAND: Les nouvelles responsabilités des infirmiers », *Gestions hospitalière*, n°484, pp. 173-176.

SICART D., avril 2009, « Les professions de santé au 1er janvier 2009 », *DRESS - Série statistiques*, n°131.

« Réforme des retraites : le cas particulier des infirmières », article daté du 16 juin 2010, disponible sur Internet : <http://infos.lagazettedescommunes.com>

Rapports

Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile-de-France, juin 2008, Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales : Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels, disponible sur Internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>

DUPUIS G., MARTEL J-P., VOIROL C., BIBEAU L., HEBERT-BONNEVILLE N., juillet 2009, La qualité de vie au travail : bilan de connaissances.

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Bien-être et efficacité au travail, disponible sur <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Etats Généraux de l'organisation de la santé, synthèse des EGOS 1 et 2, disponible sur Internet : www.sante-sports.gouv.fr

Rapport thématique public de la Cour des Comptes, mai 2006, Les personnels des établissements publics de santé, 165 p., disponible sur Internet : <http://www.ccomptes.fr>

Mémoires

RICHARD I., 2007, « Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux Hospices Civils de Lyon », Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière Directeur d'Hôpital.

SLIWKA C., 2005, « Turn-over des infirmières en Ile-de-France : Quelles stratégies des directeurs des soins pour recruter et fidéliser ? », Mémoire de l'ENSP, filière Directeur des Soins

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien.

ANNEXE 2 : Grilles d'entretien.

ANNEXE 3 : Questionnaire adressé aux personnels infirmiers du CHPM.

ANNEXE 4 : Cartographie de l'offre de soins en région Bretagne

Annexe 1

Liste des personnes rencontrées en entretien :

- Mme BOUATTOURRA N. : Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Centre Bretagne à Pontivy
- Mme BIDAULT M. : Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Yves Le Foll à Saint-Brieuc
- Mr MEVEL N. : Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper
- Mr BELLEC O. : Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
- Mme le Dr CORRE : médecin au service de santé au travail au CHPM
- Mr le Dr NEVEU : médecin au service de santé au travail au CHPM
- Trois infirmières ont accepté de me rencontrer en entretien tout en souhaitant garder l'anonymat ; leur secteur d'activité est la psychiatrie, la chirurgie et le bloc opératoire.

Annexe 2

Grille d'entretien auprès des personnels infirmiers

Pouvez vous vous présenter ?

Votre formation, votre parcours, ou avez-vous travaillé auparavant ?

Éléments de comparaison en termes d'ambiance de travail avec cet autre établissement

S'il fallait présenter le CHPM, qu'en diriez-vous ?

Pouvez-vous me parler de votre métier aujourd'hui ?

Quelles évolutions avez-vous ressenties depuis le début de votre carrière ? en positif et en négatif

Comment définiriez-vous votre travail

Quelles en sont pour vous les particularités ?

Que pouvez-vous me dire sur les horaires, l'organisation du travail

Que pouvez-vous me dire à propos des relations interprofessionnelles

Que trouvez-vous facile, plaisant ou gratifiant dans votre métier ?

Que trouvez-vous difficile ?

Illustrations par des exemples précis

Qu'est ce que selon vous la qualité de vie au travail ? (en général)

Qu'est ce qui contribue selon vous le plus à la qualité de vie au travail ?

Percevez-vous des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail ? Si oui, lesquelles ?

S'il fallait travailler à l'amélioration de la qualité de vie au travail au CHPM :

Comment concevez-vous ce travail, qui devrait y être associé ?

Quelles actions, quelles attentes concrètes vous en attendriez ?

Quelles modalités de mise en oeuvre

D'après vous, quelles actions sont prioritaires, au CHPM, pour améliorer la qualité de vie au travail ?

Pour terminer, quelles sont vos perspectives d'avenir ?

Au CHPM : carrière, quel avenir, quelles évolutions

Perspectives de départ ou d'autres expériences, dans un autre établissement ? (dans ce cas, qu'est ce qui pourrait vous inciter à rester, ou sous quelles conditions resteriez vous ?

Quel lien faites-vous entre qualité de vie au travail et carrière professionnelle ? (ou pensez vous que la qualité de vie au travail peut influencer votre carrière ? la qualité de vie au travail peut elle avoir une influence sur la durée de votre carrière ?)

Grille d'entretien auprès du médecin du travail

Présentation de la démarche :

Cet entretien se déroule dans le cadre de mon mémoire qui traite de la qualité de vie au travail en tant qu'axe stratégique de la gestion des ressources humaines et notamment au regard des difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers.

Ce que je souhaite obtenir dans le cadre de cet entretien, c'est votre point de vue du fait de votre expérience et de votre proximité avec ces personnels.

Ok pour enregistrement ?

S'il fallait pour commencer vous présenter ?

Items de relance : expériences antérieures, formation, formations complémentaires, ancienneté au CHPM

Si il fallait présenter le CHPM ?

Items de relance : spécificités du personnel, caractéristiques, présentation relative à l'état de santé

Pouvez-vous présenter votre service et ses missions?

Actions plus directement liées à la qualité de vie au travail : les besoins repérés, ce qui est fait, (historique des actions, contenu, effets concrets)

Qualité de vie au travail

Quelle définition en feriez-vous ?

Facteurs favorisant par rapport à la situation du CHPM

Qu'en disent les IDE qu'ils rencontrent, quelles attentes formulent-ils ?

Actions qu'il aurait mis en œuvre en tant que médecin au CHPM ?

Actions favorisant la qualité de vie au travail dont il aurait connaissance (privé ou public)

Quelle est la position du DG et de la DRH sur le sujet, quelle représentation en ont-ils ? freins ou levier à la mise en œuvre d'actions concrètes ?

Si l'on revient au CHPM, bilan que vous feriez sur la qualité de vie au travail en tant que médecin ?

Les aspects positifs et négatifs

Les freins et leviers à la mise en œuvre d'actions

Propositions concrètes pour l'avenir : quel pourrait alors être son rôle dans ces actions en tant que médecin du travail ?

Grille d'entretien auprès de Directeurs des Ressources Humaines

Présentation de la démarche :

Cet entretien se déroule dans le cadre de mon mémoire qui traite de la qualité de vie au travail en tant qu'axe stratégique de la gestion des ressources humaines et notamment au regard des difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers.

Ce que je souhaite obtenir dans le cadre de cet entretien :

- connaître les actions conduites dans votre établissement en matière de politique de qualité de vie au travail.
- Quelle évaluation est faite de ces actions.
- Votre regard sur la notion de qualité de vie au travail

S'il fallait pour commencer vous présenter ?

Expériences antérieures, formation, formations complémentaires, ancienneté dans l'établissement.

Présentation succincte du CH du point de vue des ressources humaines

- évolution des effectifs, caractéristiques et spécificités des personnels infirmiers (taux de temps partiels, pyramide des âges, partition homme/femme,...etc)
- problématiques rencontrées dans le domaine des RH

Concernant la politique de qualité de vie au travail

- Quelle définition en faites vous ?
- Concrètement, quelle évaluation faites vous de la qualité de vie au travail dans votre établissement
- Qu'en pensent les différentes catégories de personnels concernés (infirmiers, médecine du travail, représentants du personnel,...) ; quelles sont leurs attentes en termes de travail et actions à conduire avec la DRH)
- quelles actions concrètes ont été menées en la matière dans votre établissement ? (génése, contenu, modalités concrètes, points positifs et négatifs, évaluation)

Perspectives d'avenir

- La qualité de vie au travail passe, selon vous, par la mise en œuvre de quelles actions ?
- Quelles sont vos priorités ?
- avez-vous connaissances d'actions novatrices en matière de politique de qualité de vie au travail ? Avez-vous vous-même des idées d'actions ?
- quels sont les freins et leviers à prendre en considération pour la conduite d'une telle politique ?

Annexe 3

Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie au travail à l'attention des Personnels Infirmiers

Bonjour,

Actuellement élève Directeur d'Hôpital en stage au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, je réalise un mémoire portant sur la politique institutionnelle de qualité de vie au travail dans les établissements de santé. C'est dans ce cadre que je vous soumet ce questionnaire.

Les questions abordent différents aspects de votre vie professionnelle ; pour chacun d'eux veuillez cocher les réponses correspondantes à votre choix. Vos réponses, les plus sincères possibles, seront strictement confidentielles.

Vous trouverez également à la fin du questionnaire un espace vous permettant de vous exprimer librement.

Organisation du travail

1. J'ai la possibilité de donner mon avis en ce qui concerne l'organisation du travail.

Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

2. J'ai la possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative, dans le cadre de mes fonctions.

Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

3. Je peux poser mes congés et mes RTT

Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

4. Je ne suis pas rappelé sur mes jours de repos.

- Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Relation au travail

5. La relation avec mes collègues.

Sur une échelle de 0 à 10, notez la qualité de la relation : ____

6. La relation avec mes supérieurs hiérarchiques.

Sur une échelle de 0 à 10, notez la qualité de la relation : ____

Reconnaissance au travail

7. Je suis reconnu(e) dans ma fonction et mes compétences.

- Tout à fait reconnu reconnu Assez reconnu Assez peu reconnu Pas reconnu Pas du tout reconnu

8. Je me sens généralement traité avec équité au travail.

- Tout à fait Satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Assez peu satisfait(e) Pas satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Qualité de vie au travail

9. Je peux concilier vie professionnelle et vie personnelle.

- Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

10. J'ai des perspectives de carrière dans ma filière.

- Tout à fait Satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Assez peu satisfait(e) Pas satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

11. Je me considère en sécurité dans mon environnement de travail.

- Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

12. J'ai les capacités et habituellement assez de temps pour réaliser mon travail.

- Tout à fait Satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Assez peu satisfait(e) Pas satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

13. J'ai l'occasion d'apprendre dans mon travail.

- Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

14. J'ai l'occasion de m'accomplir dans mon travail.

- Tout à fait d'accord D'accord Assez d'accord Assez peu d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

15. J'ai le sentiment que mon travail est utile.

- Tout à fait utile utile Assez utile Assez peu utile Pas utile Pas du tout utile

16. Je me sens généralement heureux dans mon travail.

Evaluez ce critère sur une échelle de 0 à 10 : ____

17. Je suis satisfait de ma rémunération.

- Tout à fait Satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Assez peu satisfait(e) Pas satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

18. Evaluez, sur une échelle de 0 à 10, votre qualité de vie au travail : ____

19. quels sont les 3 éléments, par ordre d'importance, qui contribuent le plus à votre qualité de vie au travail ? (numérotez)

- ___ Les perspectives d'évolution ou de mobilité
- ___ Les horaires de travail
- ___ Le climat de travail avec mes collègues
- ___ Le climat de travail avec mes supérieurs hiérarchiques
- ___ L'environnement physique du travail
- ___ L'autonomie dans mon travail
- ___ La rémunération
- ___ L'accès à certaines facilités (crèche, transports,...)
- ___ Autre : précisez.....

Pour mieux vous connaître

20. Je travaille : De jour
 De nuit

21. Je travaille : A temps complet
 À temps partiel

22. Ma quotité de travail correspond à un choix personnel.

- Oui Non

Si oui, quels éléments ont motivé ce choix?

.....
.....
.....

Annexe 4

