



EHESP

DESSMS

Promotion : **2019 – 2020**

Date du Jury : **Novembre 2020**

Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations

Camille WEBER

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier l'équipe de Direction du Centre Hospitalier, qui m'a intégrée et considérée comme une collègue Directrice tout au long de mon stage de professionnalisation. Travailler aux côtés de Directeurs dotés d'un tel professionnalisme et d'une telle bienveillance fut un véritable plaisir. Une pensée également pour tous les autres agents de la structure, personnel administratif, personnel médical et paramédical, personnel technique avec qui j'ai pu mener des projets et échanger durant mon stage.

Un grand merci à mon tuteur de mémoire, M. ALLEMAND, Professeur en Ressources Humaines à l'Institut du Management de l'EHESP, pour ses conseils, ses remarques et ses retours sur ce mémoire. Nos échanges ont fortement renforcé mon appétence pour le domaine des ressources humaines.

J'aimerais aussi remercier notre responsable de filière, M. LE DEUN, pour ses conseils et sa disponibilité pendant notre stage. L'arrivée de la crise sanitaire ne l'a pas empêché de poursuivre son accompagnement et de rassurer les élèves-directeurs. Mme JAOUEN également, pour son écoute, sa disponibilité et sa bonne humeur sans égale.

Enfin, un grand merci à mes ami(e)s de promotion, ces deux années de formation en votre compagnie ont contribué à notre réussite commune et ont soudé à jamais des liens professionnels et personnels.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1. Panorama des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel face à l'émergence d'une nouvelle génération aux multiples facettes	8
1.1. L'attractivité et la fidélisation du personnel, des dispositifs essentiels pour la stabilité des organisations soignantes.....	8
1.1.1. Définition et appropriation des concepts d'attractivité et de fidélisation du personnel.....	8
1.1.2. Les conséquences organisationnelles de l'attractivité et de la fidélisation du personnel ..	14
1.2. Fidéliser et recruter les membres de la nouvelle génération, un défi pour des agents aux attentes particulières.....	17
1.2.1. Une nouvelle génération exigeante, aux caractéristiques spécifiques	17
1.2.2. L'impact des nouvelles générations sur les organisations sanitaires et médico-sociales ...	21
2. Des politiques internes d'attractivité et de fidélisation échafaudées mais perfectibles face aux multiples exigences générationnelles	27
2.1. Les processus internes d'attractivité et de fidélisation au Centre Hospitalier affrontent les demandes des nouvelles générations et une crise sanitaire sans précédent	27
2.1.1. Les processus de recrutement et de fidélisation du Centre Hospitalier ont bénéficié d'un renouveau nécessaire	27
2.1.2. Recruter et fidéliser en période de crise sanitaire	32
2.2. L'attractivité et la fidélisation du personnel face aux nouvelles technologies et aux exigences de qualité de vie au travail	36
2.2.1. Les difficultés d'attractivité et de recrutement du personnel soignant.....	37
2.2.2. Les nouvelles technologies en santé ou la qualité de vie au travail pour attirer et fidéliser le personnel soignant.....	41
3. Des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel pouvant être enrichies au niveau organisationnel et individuel pour répondre aux revendications générationnelles.....	48
3.1. Au niveau institutionnel.....	48
3.1.1. Renforcer l'encadrement de proximité.....	48
3.1.2. Soigner les campagnes d'attractivité	49
3.2. Au niveau individuel	51
3.2.1. Repenser la trajectoire de l'individu dans l'organisation.....	51
3.2.2. Travailler sur les organisations de travail.....	52
Conclusion.....	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADRHESS : Association pour le Développement des Ressources Humaines des Établissements Sanitaires et Sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CGT : Confédération Générale du Travail

CME : Commission Médicale de l'Établissement

CHG : Centre Hospitalier Gériatrique

DRH : Directrice des ressources humaines

EHPAD : Établissement Hébergement Personnes Âgées Dépendantes

EPI : Équipement de Protection Individuel

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

IFAS : Institut Formation Aides-Soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

QVT : Qualité de vie au Travail

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

USLD : Unité de Soins Longue Durée

VAE : Validation des Acquis d'Expérience

Introduction

« *Nous ne viendrons plus aux instances tant que vous n'aurez pas titularisé un plus grand nombre d'agents dans l'établissement* » clamaient les membres du syndicat CGT lors d'un CHSCT en novembre 2019 au début de mon stage de professionnalisation.

C'est un échange sur les départs massifs qui avait amené les syndicats à exiger plus de mise en stage, estimant que la titularisation des agents participait fortement à la fidélisation du personnel. Ces supputations s'opposent aux conclusions de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS), qui révèle que « *les hospitaliers ont compris que ce n'était pas une meilleure protection d'être titulaire que d'être contractuel* » ; ajoutant que « *de plus en plus de contractuel ne veulent plus être titularisés. Cette perceptive ne séduit plus* »¹. Les politiques de titularisation contribuent à la fidélisation des agents au sein de la structure, mais ces politiques ont beaucoup évolué et ne se répondent plus aux exigences des agents. Ces remarques questionnent l'efficacité des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel déployées dans les structures, notamment leurs répercussions sur les différentes générations coexistant dans les structures sanitaires et médico-sociales.

Selon R. Petit et V. Zardet, les concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication du personnel sont « *étroitement imbriqués* »². Si l'attractivité correspond à « *un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique* » (Berthon et al, 2005)³, le dispositif de fidélisation des salariés est défini par J-M Peretti comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés* »⁴. Ces dispositifs sont généralement uniformisés pour l'ensemble du personnel, notamment du personnel soignant, alors que plusieurs générations coexistent dans la structure. L'étude de la nouvelle génération présente un véritable intérêt pour les structures sanitaires et médico-sociales, d'abord parce qu'elle questionne les modes d'organisation du travail et aussi parce que « *la pénurie de main d'œuvre annoncée, l'attraction et la fidélisation de la génération Y sont des problématiques centrales pour de nombreuses organisations* » (Brillet et autres, 2012)⁵. La génération Y, qui désigne les individus nés entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990 (M. Dagnaud,

¹ Quéguiner, T. (2020), La perspective d'être titularisé ne séduit plus les contractuels hospitaliers. Hospimédia.

² Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.

³ Berthon P., Ewing M., Hah L.L. (2005), Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding, International Journal of Advertising, 24, 151-172.

⁴ Peretti J-M. (1999), Dictionnaire des Ressources Humaines, Editions Vuibert.

⁵ Brillet, F., Coutelle, P. & Hulin, A. (2012). Quelles trajectoires professionnelles pour la génération Y ? . Gestion 2000, volume 29(5), 69-88. doi:10.3917/g2000.295.0069.

2013)⁶, interroge les structures sanitaires et médico-sociales. De par leurs valeurs et attentes divergentes, elle questionne les techniques de management des ressources humaines. Ce mémoire sera l'occasion de vérifier comment les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant gagneraient en efficacité si elles étaient conduites sous le prisme des nouvelles générations.

A propos de l'attractivité du métier de soignant, le rapport « Grand âge et Autonomie » de Dominique Libault propose diverses pistes d'amélioration. L'une des « 10 propositions clés » prévoit notamment « *un plan national pour les métiers du grand âge pour lancer une mobilisation large, dans la durée, en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière* ». Agnès Buzyn, ancienne ministre des Solidarités et de la Santé, estime qu'il « *met en lumière l'ampleur du défi que nous devons relever ensemble. La société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'aînés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui* ». Les chercheurs Duyck et Pijoan imputent ces difficultés de recrutement « *au manque d'attractivité du secteur prenant en charge les personnes âgées, par contraste avec les grands hôpitaux ou structures de soins de ville* »⁷. En effet, la pénibilité a fortement augmenté dans les établissements, l'ARS Rhône Alpes indique que la durée moyenne de séjour était passée de 30 ans à 2,5 ans en 2014 en moins de 10 ans, augmentant alors la pénibilité physique dans les activités de soins et réduisant l'attractivité sur ce corps de métier. L'année 2019 aura été marquée par des grandes revendications hospitalières, de nombreuses grèves et un climat social tendu, exigeant plus de moyens pour le système de santé. La pandémie covid-19 s'est abattue dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, obligeant le gouvernement à accélérer les réformes dans le domaine de la santé. Lancée le 25 mai 2020, la concertation sur le système de santé est entrée dans sa phase active sous la houlette de Nicole Notat. Elle doit aboutir, selon les vœux du chef de l'État, à un plan massif d'investissement, à une revalorisation salariale des métiers de l'hôpital, à une simplification des organisations et à l'amélioration des relations ville-hôpital (Bellay, 2020)⁸. Le 21 juillet 2020, Olivier Véran dévoile les conclusions du Ségur de la Santé, il indique d'abord que « *si la crise épidémique a démontré la qualité du système de santé français autant que l'engagement et le professionnalisme de tous ses acteurs, elle a parfois révélé des dysfonctionnements, des inégalités, des rigidités* », que les professionnels de santé sont depuis longtemps

⁶ Dagnaud, M. (2011). Génération Y: Les jeunes et les réseaux sociaux, de la dérision à la subversion (pp. 7-13). Paris: Presses de Sciences Po.

⁷ Duyck J-Y., Pijoan N. (2010), L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil, *Gérontologie et société*, n°135, p. 187-211.

⁸ Bellay, J. (2020). Les ambiguïtés du Ségur de la santé. *Esprit*, juillet-août(7), 21-24. doi:10.3917/espri.2007.0021.

« confrontés à une insuffisance de moyens matériels et humains, à des lourdeurs administratives, à des cloisons qui séparent artificiellement l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux et à un manque d'attractivité de l'hôpital public ». Les travaux du Ségur de la santé reposent sur quatre piliers : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent, définir une nouvelle politique d'investissement et de finance au service des soins, simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes et fédérer les acteurs dans les territoires. Trente-trois conclusions ont été adoptées, dont voici les principales concernant les politiques d'attractivité et de fidélisation : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants ; 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD, et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français ; 15 000 recrutements à l'hôpital public.

A l'aune de ses éléments, la prise en compte des nouvelles générations semble déterminante pour recruter et fidéliser durablement le personnel soignant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Les ouvrages sur l'attractivité et la fidélisation du personnel médical, notamment des jeunes médecins sont nombreux. A l'inverse, les articles et ouvrages sur le personnel non médical, notamment les infirmiers et aides-soignants, se font plus rares. ***Dès lors, dans quelle mesure l'étude et la prise en compte des exigences des nouvelles générations peuvent-elles améliorer l'efficacité des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel ?***

Pour répondre à cette problématique, la première partie tâchera d'abord d'exposer les différents leviers de fidélisation et d'attractivité du personnel soignant puis de présenter la génération Y et les enjeux qu'elle soulève (1). La seconde partie, basée sur une recherche de terrain, mettra en avant les défis auxquels sont confrontés les directeurs de structures sanitaires et médico-sociales (2). Enfin, la troisième partie proposera des recommandations institutionnelles et individuelles, pouvant être déployées facilement par les directeurs dans les entités (3).

Méthodologie

Initialement, j'avais prévu de recueillir l'avis de plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux, de tailles diverses, notamment des EHPAD autonomes et des centres hospitaliers universitaires à travers un entretien semi-directif. La crise sanitaire m'a empêchée de mener à bien ces entretiens diversifiés et j'ai dû réaliser tous les entretiens en interne. J'avais également prévu de préparer un questionnaire à destination d'un panel de soignants pour les interroger sur les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel et les attentes variables en fonction des générations. A nouveau, l'arrivée du covid-19 au sein de l'établissement dès la fin du mois de mars ne m'a pas permis de déployer ce questionnaire, d'abord parce qu'il y avait un climat social très tendu, avec un absentéisme record et qu'on essayait de minimiser au maximum les contacts entre les professionnels.

J'ai dû attendre une accalmie pour réaliser mes entretiens, je les ai conduits à partir du mois de juin. J'ai identifié plusieurs personnes à interroger, d'abord la Directrice des ressources humaines (DRH), qui traite de l'ensemble des thématiques qui ont rapport avec la carrière et la situation des agents qui sont employés dans l'établissement (le recrutement, l'affectation, l'évolution de carrière, les situations de maladie, les situations diverses de la carrière...). Aussi, c'est elle qui chapeaute les politiques d'attractivité et de recrutement du personnel. L'attaché aux ressources humaines, coordonne aussi ces dispositifs et se charge de nouer des partenariats avec les instituts de formation. Elle est en lien avec les cadres de santé et collabore avec eux sur différents projets en lien avec l'attractivité. Ensuite, j'ai voulu interroger les trois cadres de pôles pour récolter des éléments de recherche relatifs à l'aspect soignant et la prise en charge des patients et des résidents. Aller à la rencontre des représentants du personnel était important pour recueillir l'opinion des agents de l'établissement.

Liste des entretiens	
Administration	Directrice des ressources humaines
	Attaché aux ressources humaines
Pôle sanitaire	Cadre supérieur du pôle sanitaire
Pôle médico-social	Cadre supérieur du pôle médico-social
Pôle médicotechnique	Cadre du pôle médicotechnique
Représentants du personnel	Syndicat CGT
	Syndicat CFDT

J'ai choisi d'adapter ma grille d'entretien en fonction de l'interlocuteur, il y a avait quelques questions communes et d'autres plus spécifiques au domaine d'activité. En début d'entretien, j'ai demandé à chaque personne leur conception de l'attractivité et de la fidélisation et le rôle qu'il jouait dans ces processus, ce qui avait été déployé dans l'établissement et les projets futurs. J'ai posé plusieurs questions sur les différentes générations coexistant dans l'établissement et sur l'impact de ces générations sur les organisations. J'ai aussi évoqué les difficultés de recrutements, la pénurie de personnel soignant, et j'ai ajouté une dernière question sur les actions organisées pendant le covid-19 et le ressenti de chacun. J'ai retranscrit de façon littérale tous les entretiens, je les ai trié dans un tableau pour pouvoir les utiliser dans mes parties.

J'ai décidé de consacrer mon mémoire au personnel non médical, en effet, la littérature foisonne sur les politiques d'attractivité médicale, mais peu d'ouvrages ou d'articles concernent le personnel soignant. Pourtant, les structures sanitaires et médico-sociales peinent à recruter du personnel infirmier ou aide-soignant.

1. Panorama des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel face à l'émergence d'une nouvelle génération aux multiples facettes

Les difficultés de recrutement et la pénurie de personnels amènent les établissements à optimiser leurs politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel (1.1). La place de la nouvelle génération est très peu traitée dans le domaine sanitaire et médico-sociale, l'étude de la génération Y permettra d'apporter des éclaircissements nécessaires pour l'amélioration des stratégies d'attractivité et de fidélisation (1.2).

1.1. L'attractivité et la fidélisation du personnel, des dispositifs essentiels pour la stabilité des organisations soignantes

L'attractivité et la fidélisation du personnel sont des enjeux majeurs pour les établissements sanitaires et médico-sociaux (1.1.1), la maîtrise et l'utilisation de ces concepts sont essentiels pour développer des organisations efficaces et performantes pour les patients et les résidents mais aussi les agents (1.1.2).

1.1.1. Définition et appropriation des concepts d'attractivité et de fidélisation du personnel

L'attractivité (1.1.1.1) et la fidélisation du personnel (1.1.1.2), concepts autonomes, nécessitent d'être utilisés simultanément pour obtenir des résultats significatifs sur les organisations de l'établissement.

1.1.1.1. L'attractivité, outil capital pour promouvoir l'établissement sur la scène territoriale

Le recrutement de salarié compétent est devenu essentiel pour les établissements publics, surtout parce que les individus ne font plus toute leur carrière au sein de la même structure. Aussi, les entités qui souhaitent renforcer leur attractivité cherchent en premier lieu à développer la visibilité et l'image positive de l'organisation (Petit & Zardet, 2017), en utilisant des leviers d'action sur son attractivité employeur (Maclouf & Belvaux, 2013)⁹. Petit et Zardet expliquent que la fonction « ressource humaine » a tendance à mettre en avant

⁹ Maclouf E., Belvaux, B. (2013), La notoriété d'une entreprise constitue-t-elle un avantage pour le recrutement ?, 24e Congrès de l'AGRH, Université Panthéon-Sorbonne Paris I, Paris, 17 pages.

« une approche marketing de l'employeur », parce que c'est un moyen d'augmenter l'attractivité de la structure par « une gestion de l'image globale ». F. Livevens fait référence aux efforts effectués par les entités pour communiquer en interne et en externe le message selon lequel la structure est un lieu attractif, distinct de ses concurrents et où il fait bon de travailler¹⁰. L'attractivité ne se réduit pas à l'image que véhicule l'établissement, en effet elle se définit comme un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique (Berthon et al, 2005). Pour la DHR de l'établissement, le concept d'attractivité se résume à « donner envie à un professionnel de venir travailler au CHG ». Elle détaille les différentes formes d'attractivité : « pour certains, c'est l'aspect géographique qui va jouer, d'autres, c'est l'aspect spécialité, il y a bien entendu la réputation de l'établissement, il y a la disponibilité de poste et le niveau de rémunération très clairement aussi ». Dès lors, si la notoriété est un des facteurs qui conditionne l'attractivité de l'établissement, d'autres facteurs s'ajoutent : les caractéristiques de l'emploi comme le salaire, les horaires, les conditions de travail. Les chercheurs relèvent d'autres attentes comme la valeur symbolique de l'employeur (Jaïdi et Point, 2011)¹¹, le secteur (Christensen et Wright, 2011)¹², les critères d'organisation et de coût de la vie (So et al, 2001)¹³ ou d'équipements (Nosal et Rupert, 2007)¹⁴. D'autres éléments influencent également le choix de l'emploi, certains sont intrinsèquement liés à la personne, comme son genre (Gupta, 1993)¹⁵ ou encore son âge (Guillot-Soulez et Soulez, 2011)¹⁶, d'autres sont liés à la situation professionnelle comme le stade de la carrière (Pavan, 2010)¹⁷ ou au niveau de qualification (Albinger et Freeman, 2000)¹⁸. Selon Condomines et al, la définition du processus de recrutement intègre désormais le concept d'attractivité des futurs salariés¹⁹. Le recrutement est d'ailleurs défini comme « un ensemble d'actions entreprises par l'organisation pour attirer des candidats, qui possèdent les

¹⁰ Lievens F. (2007), Employer branding in the Belgian Army: The importance of instrumental and symbolic beliefs for potential applicants, actual applicants, and military employees, *Human Resource Management*, 46, 51-69.

¹¹ Jaïdi, Y. Point S. (2011), Décrypter les comportements de recherche d'emploi des jeunes diplômés, *Revue de Gestion des ressources Humaines*, n°81, pp. 39-56.

¹² Christensen R. K., Wright B. E. (2011), The Effects of Public Service Motivation on Job Choice Decisions: Disentangling the Contributions of Person-Organization Fit and Person-Job Fit, *Journal of Public Administration Research & Theory*, 21, 723-743.

¹³ So K. S., Orazem P. F., Otto D. M. (2001), The Effects of Housing Prices, Wages, and Commuting Time on Joint Residential and Job Location Choices, *American Journal of Agricultural Economics*, 83, 1036-1048.

¹⁴ Nosal E., Rupert P. (2007), How Amenities Affect Job and Wage Choices over the Life Cycle, *Review of Economic Dynamics*, 10, 424-443.

¹⁵ Gupta N. D. (1993), Probabilities of Job Choice and Employer Selection and Male-Female Occupational Differences, *American Economic Review*, 83, 57-61.

¹⁶ Guillot-Soulez C., Soulez S. (2011), Marketing de recrutement et segmentation générationnelle : regard critique à partir d'un sous-segment de la génération Y, *Recherche et applications en marketing*, 26.

¹⁷ Pavan R. (2010), The Role of Career Choice in Understanding Job Mobility. *LABOUR*, *Review of Labour Economics & Industrial Relations*, 24, 107-127.

¹⁸ Albinger H. S., Freeman S. J. (2000), Corporate Social Performance and Attractiveness as an Employer to Different Job Seeking Populations, *Journal of Business Ethics*, 28, 243-253.

¹⁹ Condomines, B., Hennequin, E., (2014), Le processus de recrutement pour le candidat et le recruteur, *Coll. Management, Economica*.

compétences nécessaires pour occuper dans l'immédiat ou dans l'avenir un poste vacant » (Sekiou et al., 2001)²⁰.

Le concept de « marque employeur », est selon Stéphane Volleau, responsable Marketing à l'Appel Médical, « *l'image de marque qu'une entreprise ou un établissement de santé souhaite communiquer auprès de ses collaborateurs ou des futurs salariés qu'il recrutera* ». Il explique que ce concept contient un ensemble de valeur, de culture, de réputation, de savoir-faire, d'expertise... tout ce qui peut constituer une valeur ajoutée sur le marché du travail. P. Medina déplore que les actions de communication dans le milieu hospitalier ne soient pas assez nombreuses²¹. Dans son ouvrage portant sur la communication de recrutement dans le milieu hospitalier, il insiste sur l'importance du marketing hospitalier et de la communication institutionnelle hospitalière pour rendre les établissements sanitaires et médico-sociaux plus attractifs. Corbin partage sa conception du marketing hospitalier, qui consiste dans « *l'éducation de nous-mêmes sur les souhaits et les besoins de nos clients potentiels et, en prenant comme référence la connaissance acquise, l'éducation de nos clients et la proposition de services à valeur ajoutée qui permettent de satisfaire leurs besoins* »²². Il explique que les actions de marketing permettent d'optimiser le temps de travail des professionnels, de satisfaire les patients et d'attirer des ressources (recrutement d'employés, signatures d'accords institutionnels, etc.). Les canaux de communication dans les établissements sont de deux natures, d'abord la communication interpersonnelle entre les agents qui « *résout les problèmes de connaissance mutuelle* » et « *optimise la coordination entre les départements* » et la communication institutionnelle, portée par « *la mission, la vision, les valeurs et l'identité de la marque* ». Medina explique que la mission « *aide l'institution à développer les actions de communication* », grâce à trois actions concrètes : la compréhension des publics ciblés, des priorités des actions de communication et du ton du discours communicatif approprié (Parsons, 2001)²³. La vision définit le but de la structure, R. Barrett rappelle que « *la vision représente un niveau de motivation plus profond qu'une mission. La mission décrit les moyens, la vision décrit la fin et établit une déclaration captivante de ce que la société s'efforce d'accomplir* »²⁴. La diffusion des valeurs de l'établissement permet de créer de la confiance, de la cohésion, de l'unité et une vraie communauté. Le chercheur insiste sur l'importance du style de communication pratiqué au sein d'une organisation, parce que

²⁰ Sekiou, L., Blondin, L., Fabi, B., Bayad, M., Peretti, J-M., Alis, D., Chevalier, F, (2001), Gestion des ressources humaines, DeBoeck Université, collection Management, 2e édition.

²¹ Medina, P. (2010). La communication de recrutement dans le milieu hospitalier. *Communication & Organisation*, 37(1), 103-113.

²² Corbin C, Kelley S, Schwartz R, (2001) Concepts in services marketing for healthcare professionals. *The American Journal of Surgery*, , vol. 181, n° 1, pp. 1-7.

²³ Parsons P, (2001), *Beyond persuasion: the healthcare manager's guide to strategic communication*. Chicago: Health Administration Press, p. 29.

²⁴ Barret R, (2003), . *Libérer l'âme de l'entreprise. Bâtir une organisation visionnaire guidée par les valeurs*. Bruxelles, Paris : De Boeck, p. 83.

celui-ci influence « *la transmission de la culture et de l'identité de marque* », ce qui, en même temps, détermine la qualité du service offert aux patients. Il précise que les bénéfices les plus importants apportés par l'identité de marque à l'institution hospitalière sont « *la cohérence communicative, l'augmentation de la précision professionnelle et la promotion de l'esprit d'équipe* ». Traditionnellement, l'attraction de nouveaux agents est considérée comme une fonction du service des ressources humaines. Mais la communication est une activité transversale, qui s'insuffle dans tous les services de l'établissement, c'est une activité autonome les grands hôpitaux, notamment les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Medina souligne l'importance d'une vraie identité de l'hôpital grâce à des outils de communication, qui doit s'exercer au quotidien et notamment dans la communication de recrutement, il note que « *les employés potentiels ne cherchent pas uniquement une institution hospitalière où pouvoir travailler, mais aussi une institution leur permettant de s'épanouir, d'avoir de bons rapports avec leurs collègues et de vivre dans une ambiance agréable* ». Ainsi, la communication de recrutement de l'hôpital ne peut pas se réduire à une « *simple diffusion des informations concernant le poste de travail à pourvoir* », elle doit aller plus loin et « *communiquer les avantages émotionnels et identitaires proposés par l'institution* ».

Ainsi, si les politiques d'attractivité du personnel sont le premier levier à mettre en œuvre au sein de l'établissement, grâce à des actions de communication empreintes de la mission, de la vision, des valeurs et de l'identité de l'établissement. L'établissement doit ensuite pérenniser les agents recrutés en s'appuyant sur les politiques de fidélisation du personnel.

1.1.1.2. *La fidélisation, outil nécessaire pour stabiliser et perfectionner les organisations soignantes*

Pour J.M Peretti et A. Swalhi, une personne est considérée comme fidèle lorsqu'elle est en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation. C. Cézanne & O. Guillon²⁵ montrent que la fidélité peut relever du champ émotionnel (Hajdin, 2005)²⁶ ou moral (Coughlan, 2005)²⁷. Petit et Zardet indiquent que le phénomène de fidélisation est souvent associé, à tort, au phénomène de turn-over, alors que les raisons du départ peuvent être à l'initiative de l'individu ou mais aussi de l'organisation. Le dispositif de fidélisation est quant à lui identifié comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des*

²⁵ Cézanne, C. & Guillon, O. (2013). Manifestations, déterminants et conséquences de la fidélité des salariés : une grille de lecture critique. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97(4), 127-143. doi:10.3917/resg.097.0127.

²⁶ Hajdin M., "Employee loyalty: An examination", *Journal of Business Ethics*, vol 59, 2005, p. 259-280.

²⁷ Coughlan R., Employee loyalty as adherence to shared moral values, *Journal of Managerial Issues*, vol 17, n°1, 2005, p. 43-57.

salariés » (Peretti, 1999) et ne tient donc pas compte des départs à l'initiative de l'organisation. La Directrice des ressources humaines partage sa perception du concept de fidélisation : « *Au niveau de la fidélisation, là, on est sur une autre dimension, c'est-à-dire comment réussir à garder les gens chez nous. Là encore, c'est un spectre qui est assez large et qui va varier en fonction des sensibilités de chacun. Certains ça va être l'évolution, les perspectives d'évolutions salariales, les perspectives d'évolution de statut, avoir un CDI ou être mis en stage, il y en a d'autres qui vont être sur le projet de service... lié à la dynamique du service. Certains agents vont me dire la cadre et le chef de pôle portent un projet de service c'est un élément de motivation. S'il n'y a pas ce projet, certains vont peut-être s'ennuyer ou manquer de perspective* ».

Dans ses travaux, A. Hirschman établit que « *les membres d'une organisation manifestent leur insatisfaction soit en la quittant, soit en « prenant la parole » de manière plus ou moins revendicatrice* »²⁸. A. Luchak estime que la fidélité est similaire à une attitude stimulant la prise de parole et décourageant les départs de l'entité²⁹. Mesurer la fidélisation du personnel à un établissement est un procédé complexe, le seul calcul du turn-over n'est pas suffisant car il omet l'affect des personnes et notamment le processus de départ. Neveu, dans grâce à un cadre conceptuel séquentiel, illustre le lien entre l'attitude, l'intention et le comportement³⁰. Petit et Zardet relatent que les critères d'évaluation de la fidélisation et de l'attractivité sont très proches, ils estiment que ces deux concepts ne peuvent s'étudier séparément puisqu'ils ont le même levier principal commun qui est l'implication de l'homme au travail. Les théories multidimensionnelles sur l'implication – *comportement et attitude caractérisés par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre* (Mowday et al, 1982)³¹ – et sur la fidélisation permettent de mettre en exergue trois composantes : l'affective, la calculée et la normative (Allen et Meyer, 1991)³². Les chercheurs estiment que la composante affective est la plus adaptée au concept de fidélisation, parce que le besoin des organisations de fidéliser s'inscrit dans une compréhension de la relation d'implication (Thévenet, 1992)³³. Ainsi, les agents développent un certain attachement à leur établissement, qui peut les conduire à « *rejeter*

²⁸ Hirschman A., *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge Mass: Harvard University Press., 1970.

²⁹ Luchak A.A., *What kind of voice do loyal employees use ?*, *British Journal of Industrial Relation*, vol 41, N°1, March 2003, p 115-134.

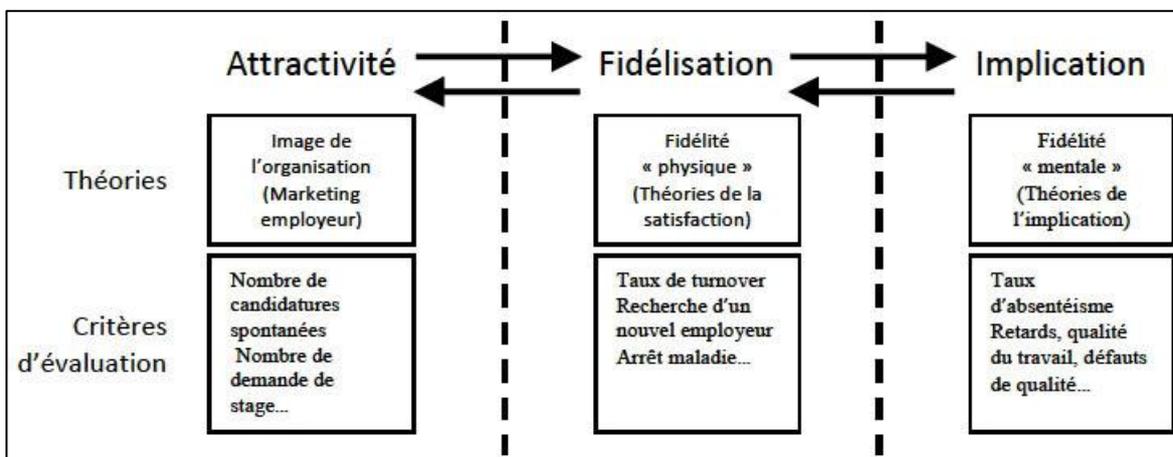
³⁰ Neveu J.-P. (1996), *La démission du cadre d'entreprise – Etude sur l'intention de départ volontaire*, Paris, Economica.

³¹ Mowday,., Porter, L.W., Steers, R.M. (1982), *Employee-organization linkages*, Academic Press.

³² Allen N.J., Meyer J.P. (1991), *A three-component conceptualization of organizational commitment*, *Human Resource Management Review*, Vol. 1, pp. 61-89.

³³ Thévenet M. (1992), *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Editions Liaisons.

des opportunités externes et accepter des sacrifices à court terme au bénéfice d'une relation longue durée » (Porter et al, 1979)³⁴.



Connexion attractivité-fidélisation-implication par Petit et Zardet

Pour fidéliser les agents dans un établissement public, plusieurs leviers peuvent être actionnés. Les augmentations salariales ne suffisent plus pour pérenniser le personnel hospitalier (Commeiras et Fournier, 2003)³⁵, c'est grâce à des « actions multidimensionnelles » (Petit et Zardet, 2017), qui seront exposées dans la partie 2 et dans la partie 3. L'établissement peut alors développer un cercle vertueux, grâce à des leviers d'amélioration de l'implication, qui consolident la fidélisation et stimulent ensuite l'attractivité de l'établissement. P. Paillé renouvelle la définition d'une personne fidèle en ajout l'aspect d'implication : « Une personne est fidèle à son organisation lorsqu'elle justifie d'une ancienneté significative et d'un désintéret pour les opportunités professionnelles externes, mais également lorsqu'elle adopte, dans le cadre de son travail, une ligne de conduite qui privilégie les efforts continus et évite tout acte de nature à perturber volontairement le fonctionnement de son organisation »³⁶. Pour permettre la fidélisation d'un agent, les chercheurs identifient plusieurs conditions cumulatives : le travail doit le satisfaire, il doit avoir des relations correctes avec ses collègues et la structure doit proposer des valeur en termes de style de management³⁷ (Brami, 2013) et d'équité entre les membres (Meyssonier, 2006)³⁸.

³⁴ Porter L.W., Steers R.M., Mowday R.T., (1979), The measurement of organizational commitment, Journal of Vocational Behavior, Vol. 14, pp. 224-247.

³⁵ Commeiras N., Fournier C. (2003), Un aspect fondamental du management de la force de vente : l'étude de la rotation des commerciaux, 2003, Encyclopédie des Ressources Humaines, coordonnée par J. Allouche, Vuibert, pp. 590-598.

³⁶ Paillé P. (2005), La fidélité au travail : éléments conceptuels sur la relation employé-organisation, Gestion 2000, Novembre-Décembre p. 295-309.

³⁷ Brami G. (2013), Le paradoxe de l'évolution des EHPAD, Empan, n°91, p. 56-61.

³⁸ Meyssonier R. (2006), Les sources d'attachement à l'entreprise, du point de vue du salarié : l'exemple des ingénieurs, Revue Gestion des Ressources Humaines, n°60, avril-mai-juin, pp. 49-69.

L'attractivité et la fidélisation du personnel sont deux concepts intrinsèquement liés par l'implication de l'agent dans son travail. Pour accroître l'attractivité de la structure et pérenniser les agents, les établissements doivent utiliser ces politiques concomitamment pour obtenir de véritables résultats sur les organisations.

1.1.2. Les conséquences organisationnelles de l'attractivité et de la fidélisation du personnel

Les politiques d'attractivité et de fidélisation de personnels sont plurielles et ont une temporalité différente (1.1.2.1). Elles ont des conséquences organisationnelles sur la masse salariale, elles permettent aussi d'améliorer la prise en charge, de renforcer et de diffuser la mission, la vision et les valeurs de l'établissement (1.1.2.2).

1.1.2.1. *Les différents types de fidélisation et leurs conséquences temporelles*

Dans leurs travaux sur les déterminants et les conséquences de la fidélité des salariés, Cézanne et Guillon indiquent qu'elle est « *créatrice de valeur* ». Les chercheurs ont identifié plusieurs critères de performance, pour Paillé, ces critères vont « *de la rétention du personnel à l'augmentation de la valeur en passant par la réduction des dysfonctions sociales et la fidélisation des clients* » alors que pour Yee et ses collaborateurs, la fidélité est « *corrélée à la qualité de service et à la satisfaction du consommateur* »³⁹. Les auteurs indiquent que la variabilité des critères illustre la variété des horizons temporels (court terme/long terme) et les types de performance (financière/non-financière). Ils ajoutent que tous les modes de fidélité ne favorisent pas forcément la performance, parce qu'il y a « *une tension entre les manifestations actives et passives de la fidélité* ». En effet, si le salarié adhère aux buts de l'institution au-delà de ses obligations contractuelles, il sera considéré comme un « actif », alors que s'il s'abstient de ne pas nuire l'établissement, il sera considéré comme « passif ». On peut légitimement s'interroger sur la contribution des agents, en effet des salariés « *tolérant un fort degré d'insatisfaction* » contribueront-ils de la même manière à la performance que des salariés « *fortement impliqués* » ? Reichers explique que les agents peuvent être attachés aux supérieurs hiérarchiques, aux collègues, à la profession ou encore même aux syndicats, sans qu'ils ne se cumulent nécessairement

³⁹ Yee R.W.Y, Yeung A.C.L, Cheng T.D.C, (2009), An empirical study of employee loyalty, service quality and firm performance in the service industry, International Journal of Production Economic, vol 124, N°1, p 109-120.

ou exercent un effet sur la performance⁴⁰. La cadre supérieur du pôle sanitaire insiste sur l'importance d'un manager légitimé pour fidéliser le personnel, elle détaille le long cheminement parcouru : « *D'abord parce qu'il a fallu reposer le cadre à sa place, manager d'une équipe et responsable des organisations de soins, responsable de la GTT, des RH. Parce que ça a été oublié et effacé et depuis des années. Dans les services de soins, le cadre n'existait pas. La priorité a été de re-légitimer le cadre en tant que cadre, interlocuteur privilégié. A partir du moment où on a redonné sa place au cadre, ça a bousculé les habitudes des équipes, dans un premier temps, ils n'ont pas apprécié, dans un deuxième temps, on a réussi à reconstruire des relations professionnelles entre le cadre et les équipes à travers la certification, qui a permis de ressouder le travail d'équipe. Derrière, ça fonctionne bien, en terme de relation, c'est retrouver la confiance en son manager, le revoir avec des yeux professionnels comme un interlocuteur privilégié* ».

La fidélité du personnel peut avoir une incidence à court, moyen ou à long terme. Certains types de fidélité peuvent avoir un impact à long terme sur la montée en compétences du personnel, (Doeringer et Piore, 1971)⁴¹, notamment lorsque l'établissement prévoit dans son plan de formation des formations aide-soignante, infirmière ou des formations spécifiques comme des DU. D'autres types de fidélité peuvent affecter la performance opérationnelle à court terme ; l'absentéisme occasionne des répercussions directes sur la logistique ou sur l'organisation des soins en entraînant une détérioration de la qualité ou une augmentation des coûts. La cadre supérieure du pôle sanitaire apporte quelques précisions sur l'impact de l'absentéisme : « *L'absentéisme nous amène à demander des CDD, comme on a un absentéisme important, on a beaucoup de nouveaux arrivants. La fidélisation peut-être sur les nouveaux et sur les anciens qui tutoient toute l'année et c'est épuisant. C'est d'autant plus épuisant pour les nouveaux qui ne rentrent pas le cadre, qui ne suivent pas les directives et les bonnes pratiques. On a la sécurité du groupe et aussi la confiance du groupe. Le fait d'avoir des intérimaires ça bouscule tout le monde, on ne connaît pas la manière de travailler, on ne fait pas confiance* ». Ainsi, la fidélisation du personnel s'érige comme une politique déterminante pour la performance de l'entité et pour le bien-être des agents.

⁴⁰ Reichers A.E, (1985), A review and reconceptualization of organizational commitment, *Academy of Management Review*, vol 10, N°3, p. 465-476.

⁴¹ Doeringer P.B. et Piore, (1971) M.J., *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*. D.C. Heath: Lexington Books.

1.1.2.2. *L'importance de la fidélisation dans la prise en charge des patients et des résidents*

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements (ANESM) et services sociaux et médico-sociaux énonçait plusieurs recommandations⁴² pour le résident dans sa nouvelle structure d'accueil pour lui permettre de « *prendre rapidement ses repères* » pour que « *l'appropriation du lieu soit d'autant plus facile que la personne acquerra aussi rapidement que possible des repères de lieux, de temps et de personnes* ». Ainsi, pour une acclimatation réussie, le résident doit pouvoir s'appuyer sur un personnel soignant stable. Dès lors, la fidélisation du personnel joue un rôle très important pour les résidents et leurs familles. La cadre du pôle médico-social l'explique : « *c'est important d'avoir des agents qu'ils connaissent, reconnaissent et en qui ils ont confiance. Pour le résident, le fait d'avoir des repères, c'est sécurisant.* ». La cadre du pôle sanitaire partage ce même avis pour les patients : « *Actuellement, avec le taux de turn-over, il n'y a pas de repère, les familles ne voient jamais les mêmes personnes et ne savent pas à qui s'adresser et c'est un facteur d'insécurité.* » La fidélisation du personnel permet aussi de garantir le respect des bonnes pratiques et une bonne prise en charge et en soins, comme le soulève la cadre supérieure du pôle médico-social : « *la fidélisation dans l'organisation est importante, ça permet de consolider les bases de l'organisation, d'améliorer la qualité des soins, d'avoir du personnel fiable sur qui on peut compter* ». L'attaché aux ressources humaines indique que la fidélisation impacte fortement la prise en charge parce que « *quelqu'un qui est là pour 1 mois, pour 4 mois, qui n'a pas de visibilité pour son avenir ou qui ne veut pas rester, a priori n'aura peut-être pas le même engagement* ». Pour les agents, c'est important d'avoir des personnes qualifiées envers qui se référer et qui connaissent bien l'établissement et les pratiques, la cadre du pôle médicotechnique indique que ça peut être un motif de départ : « *On n'a plus d'ancien au-dessus pour se référer et c'est important pour un jeune professionnel d'échanger avec des plus anciens sur ces pratiques* » mais que c'est beaucoup plus sécurisant pour tous les agents qui interagissent avec le patient ou le résident : « *Pour les médecins, c'est aussi un facteur d'insécurité, qui travaillent avec des infirmières et des aides-soignantes et on doit pouvoir se faire confiance et quand il y a des nouveaux professionnels où on s'observe, on s'évalue, on apprend à se connaître et quand on se connaît bien, on peut se faire confiance et les prises en charge ne peuvent être que meilleures* ».

⁴² Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2010), Rapport, Qualité de vie en EHPAD – de l'accueil de la personne à son accompagnement (volet 1).

L'attaché aux ressources humaines fait valoir que la fidélisation du personnel permet aux équipes de développer une « *cohésion d'équipe* », ce qui est profitable pour les cadres, d'abord parce que c'est « *sécuritaire pour les uns et les autres* » et surtout pour lancer des projets, dans les unités ou au plan institutionnel « *c'est plus facilitateur et plus constructif* ». La mobilité au sein de l'établissement est également un élément essentiel pour la construction de la carrière des agents. La cadre du pôle médico-social souligne qu'un agent présent depuis longtemps sur son poste « *ne repense plus le soin* » et réalise ses prises en charge « *de manière très taylorienne* », pour parer à ces situations, elle indique mettre en place « *des projets novateurs, un peu décalés pour bousculer les soignants dans leurs pratiques professionnelles* ». Elles indiquent que le renouvellement du personnel est très positif, parce qu'il permet « *d'avoir un œil nouveau* », de travailler avec des personnes qui « *nous surprennent avec des rapports d'étonnement, parce qu'à force de voir des choses, on ne voit plus l'invisible* ». Ces nouvelles recrues peuvent aussi être « *force de proposition* » et veulent « *mettre en place de nouvelles choses* ».

Ainsi, la réussite des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel est primordiale pour garantir d'abord la sécurité des soins, mais aussi pour offrir un cadre et une organisation de travail améliorée pour le personnel soignant.

1.2. Fidéliser et recruter les membres de la nouvelle génération, un défi pour des agents aux attentes particulières

L'étude des nouvelles générations et notamment de la génération Y permet (1.2.1), dans le contexte de renouvellement des générations sur le marché du travail, de questionner les modes d'organisation du travail et de les adapter (1.2.2).

1.2.1. Une nouvelle génération exigeante, aux caractéristiques spécifiques

Pour être attractif et fidéliser, les établissements publics doivent prendre en compte les nouvelles règles organisationnelles exigées par les nouvelles générations (1.2.1.2), cela passe d'abord par une compréhension des différentes générations (1.2.1.1).

1.2.1.1. Le concept de « génération » depuis 1945

Le terme « génération » est régulièrement employé pour caractériser des mouvements de mode de vie (la génération hippies, la génération blue-jean...) ou encore des événements (la génération d'après-guerre, de mai 1968) dans le but de qualifier des

manifestations visibles et des représentations collectives. C. Attias-Donfut⁴³ démontre que l'identification d'une génération à un événement ou à un temps fort de l'histoire ne rend pas compte de sa réalité sociologique. Elle explique que « *la désignation sociale par un moment privilégié cristallise une génération et tend à nier cette autre réalité que représente la perméabilité permanente des hommes tout au long de leur vie à leur histoire et à leur environnement* ». Une génération se constitue toujours contre la génération antérieure qui lui sert d'opposition et de référence. C'est l'avènement d'une génération suivante « *qui lui assigne des contours et des contenus sociaux* » et lui permet d'acquérir « *des définitions sociales qui la cristallise dans son passé et qui fonctionne comme référence contre laquelle va se constituer à son tour la génération montante* ».

F. Brillet, P. Couteille et A. Hulin, définissent la génération comme une sous-population de la société dont les membres ont à peu près le même âge ou ont vécu à la même époque, partagent des représentations, des attentes et des besoins à peu près identiques. Ils délimitent les générations en fonction des tranches d'âge, ils font état de quatre générations présentes sur le marché du travail :

- **Les baby-boomers**, personnes nées entre 1946 et 1965, qui ont connu des périodes de grandes prospérités économiques, qui ont comme valeur l'optimisme, l'esprit d'équipe, la recherche de la gratification personnelle, la santé et le bien-être, la croissance personnelle, le travail et l'engagement.

- **La génération X**, personnes nées entre 1967 et 1980, qui ont connu des chocs pétroliers, des crises de l'emploi, qui ont des besoins d'indépendance, d'autonomie et de contrôle du temps qui se manifestent dans leurs attentes face au travail, notamment par un esprit d'entreprise marqué, une forte implication dans la résolution de problèmes mais aussi par une plus faible loyauté envers leurs organisations et leurs gestionnaires

- **La génération Y**, personnes nées entre 1980 et 1995, qui ont connu l'instabilité de l'emploi et de mutations technologiques, qui tiennent à un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, sont individualistes et en recherche d'épanouissement et sens au travail.

- **La génération Z**, qui concerne les personnes nées après 1995, qui ont vécu des crises économiques et financières et une révolution numérique, se caractérisent par un fort esprit entrepreneurial, une recherche de flexibilité au travail pour concilier vie privée et vie professionnelle et par l'importance du réseau et des signes de reconnaissance.

⁴³ Attias-Donfut, C. (1998). La notion de génération : Usages sociaux et concept sociologique, L'Homme et la société, Année 1988, 90, pp. 36-50.

	 Date de naissance	 Contexte socio-économique	 Caractéristiques principales
Baby-boomers	Entre 1945 et 1965	<ul style="list-style-type: none"> • Croissance • Plein emploi • Mai 1968 	<ul style="list-style-type: none"> • Loyauté envers l'entreprise et la hiérarchie • Recherche d'une vie privée plus équilibrée après un travail acharné • Motivés par l'argent et les symboles de réussite (titre,...)
X	Entre 1965 et 1980	<ul style="list-style-type: none"> • Chocs pétroliers • Crise de l'emploi • Ascenseur social en panne 	<ul style="list-style-type: none"> • Méfiance à l'égard de l'autorité • Importance de l'articulation vie privée/vie professionnelle • Importance accordée à la liberté
Y	Entre 1980 et 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité de l'emploi • Mutation technologiques • Mondialisation/globalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisme • Imbrication de la vie privée et professionnelle • Recherche d'épanouissement et quête du sens au travail
Z	Après 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Crise économique et financière • Révolution numérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit entrepreneurial • Recherche de flexibilité au travail pour concilier vie privée/vie professionnelle • Importance du réseau et des signes de reconnaissance

Portrait des 4 générations par le Cabinet BearingPoint⁴⁴

Les études étant plus approfondies sur la génération Y que sur la génération Z, notre étude portera principalement sur celle-ci, en effet les chercheurs ne disposent pas encore du recul nécessaire sur la génération Z pour apporter des éléments probants.

La présentation des caractéristiques des différentes générations permettra aux directeurs d'adapter leurs politiques d'attractivité et de fidélisation pour maximiser leurs réussites.

1.2.1.2. Genèse et présentation de la génération « Y »

Le qualificatif « *Generation Y* » provient des États-Unis, l'expression apparaît pour la première fois dans le magazine Advertising Age en 1993 pour illustrer une génération critique et peu enthousiaste vis-à-vis de la consommation (Kleber 2016)⁴⁵. Selon C. Morley et ses collaborateurs (2012), le terme « *Generation Y* » fut d'abord utilisé « *dans un objectif d'enquête sociologique, en référence à une catégorie démographique large, qu'il est ensuite devenu un qualificatif auto-attribué par des minorités, avant d'être adopté par les médias de masse comme vocable sociologique, sans toutefois avoir reçu de validation scientifique* »⁴⁶. Quatre générations coexistent sur le marché du travail, cette diversité générationnelle permet « *d'accueillir et d'intégrer la Génération Y qui affiche de grandes différences, non pas tant dans sa volonté d'être en opposition avec les autres générations, mais bien dans les connaissances et les comportements qu'elle a acquis avec les nouvelles technologies, les réseaux sociaux et Internet* » (Dejoux et Wechter, 2011)⁴⁷.

⁴⁴ <https://www.bearingpoint.com/fr-fr/notre-succes/publications/les-nouvelles-generations-au-travail>

⁴⁵ Kleber, A. & Persson, S. (2016). Fidéliser des managers de la Génération Y: Une étude exploratoire au sein d'un graduate programme. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. xxii(53), 155-186. doi:10.3917/rips1.053.0155.

⁴⁶ Morely, C., Bia Figueiredo, M., Baudoin, E. & Salierno, A. (2012), *La generation Y dans l'entreprise*, Pearson, 256 pages

⁴⁷ C. Dejoux et H. Wechtler, « Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management », *Management & Avenir*, n° 43, mai 2011.

Les stéréotypes sur la génération Y sont nombreux, la société lui attribue notamment des caractéristiques spécifiques par rapport à l'attitude de ses membres face au travail, en effet un « Y » serait destiné à changer d'employeur environ 29 fois au cours de sa carrière » (Mahoney)⁴⁸. A. Kleber dresse le portrait de la génération Y : née avec la mondialisation et les nouvelles technologies, elle a grandi dans une période économique de violence et d'incertitude. Il dépeint une génération partageant des valeurs de devoir civique, de confiance, de besoin d'accomplissement, de sociabilité, de moralité et d'accomplissement de la diversité (Jacob, 2002)⁴⁹. La génération Y serait à même d'accomplir plusieurs tâches en même temps (Yeaton, 2008)⁵⁰, a besoin d'être stimulée intellectuellement et de mesurer leur propre réussite (Eisner, 2005)⁵¹. Il explique que les membres de la génération Y ont fréquemment besoin de *feedback* sur leur performance (Francis-Smith, 2004)⁵² mais surtout que les rapports d'égalité prévalent sur la hiérarchie. Les membres de la génération Y seraient aussi profondément narcissiques, avec une estime de soi poussé à son paroxysme (Twenge et Campbell, 2008)⁵³, qui occasionne des difficultés de choix de carrière. Les représentants du personnels partagent cette représentation, à la question « Avez-vous identifié une nouvelle génération dans l'établissement, quelles sont ces caractéristiques ? », ils répondent : « *Je pense que c'est certain, quand j'ai commencé à travailler, dans certains services il y a des personnes ça faisait 30 ans qu'ils étaient là. Maintenant, c'est plus volatile, les gens iront voir, faire leur expérience à droite à gauche, les équipes changent beaucoup* ».

Dans son article « De quoi la Génération Y est-elle le nom » B. Rappin apporte quelques nuances sur les stéréotypes de la génération Y en citant les travaux de plusieurs chercheurs français et internationaux. Il précise que les enquêtes scientifiques « *offrent le spectacle de résultats contradictoires* » et ne permettent pas de « *trancher le débat de son existence réelle ou fictive* »⁵⁴. Il évoque d'abord le projet de recherche de Saba qui, après avoir réalisé trois enquêtes dans le domaine du commerce de détail, des télécommunications et de l'administration publique canadienne en 2009, conclue : « *Il est vrai que les attentes des plus jeunes, notamment en ce qui concerne l'avancement de carrière, l'employabilité et l'équilibre travail-famille, peuvent être plus grandes que celles des catégories d'âge plus élevées. Il est cependant important de constater que les attentes au sujet de la stabilité de l'emploi, de l'autonomie et de la reconnaissance sont*

⁴⁸ Mahoney C. (2009), Talk Generation Y's language, HR Magazine, janvier, 25.

⁴⁹ Jacob R. (2002), « Génération Internet », Gestion, vol. 27, n° 2, p. 46.

⁵⁰ Yeaton, K. (2008), « Recruiting and Managing the 'Why?' Generation: Gen Y », CPA Journal, 78(4), p.68-72.

⁵¹ Eisner S. P. (2005), « Managing Generation Y », SAM Advanced Management Journal, 70(4), p.4-15.

⁵² Francis Smith J. (2004), « Surviving and thriving in the multigenerational workplace », Journal Record 1, 26 août.

⁵³ Twenge J.M. et Campbell S.M. (2008), « Generational differences in psychological traits and their impact on the workplace », Journal of Managerial Psychology, 23, p.862-877.

⁵⁴ Rappin, B. (2018). De quoi la Génération Y est-elle le nom ?. Communication & Organisation, 53(1), 133-144

équivalentes. »⁵⁵. Il met en avant les travaux de F. Pichault et M. Pleyers⁵⁶ qui ont confronté les caractéristiques associées aux différentes générations dans une enquête qualitative menée auprès de 850 personnes appartenant aux trois générations. Les chercheurs obtiennent des résultats surprenants, puisqu'ils font état d'une proximité des trois générations sur la plupart des thèmes. Une nuance toutefois pour la génération Y qui serait « *sensible au développement des compétences ainsi qu'au besoin de changer régulièrement d'environnement.* ». Avec une enquête plurifactorielle pour estimer l'impact réel de la variable générationnelle sur les comportements au travail, F. Abrioux et B. Abrioux (2012) constatent que « *Sur les dix attitudes retenues, aucune n'est déterminée exclusivement par la génération* » et que seules « *La culture, la position et l'activité restent des variables déterminantes.* »⁵⁷. Enfin, Rappin évoque les travaux de J. Pfeffer qui s'interroge sur l'affirmation suivante : « *les nouvelles formes organisationnelles et les nouveaux comportements au travail annoncent une ère du management sans pouvoir* ». Il la réfute en utilisant une approche réaliste qui ne confonde pas le descriptif et le normatif : « *le pouvoir est un invariant, et l'arrivée de nouvelles générations ne rend pas caduque la dimension politique des organisations* »⁵⁸.

Dans sa conclusion, Rappin résume la génération Y au rejet de la génération précédente au nom de la promotion d'un individu autoréférentiel, auto-construit et auto-institué. Ces nouveaux individus pourraient impacter les organisations sanitaires et médico-sociales et obliger les managers à s'adapter ; une étude sur la génération Y dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et une étude dans le lieu de stage permettront d'apporter quelques éclaircissements.

1.2.2. L'impact des nouvelles générations sur les organisations sanitaires et médico-sociales

La génération Y, décrite comme revêche à l'autorité, se heurte à des organisations sanitaires et médico-sociales très bureaucratiques, qui se basent sur un management directif et une autorité descendante (1.2.2.1). L'arrivée de ces nouvelles générations dans les organisations hospitalière est un défi pour les équipes d'encadrement qui doivent s'adapter (1.2.2.2).

⁵⁵ Saba, T., 2009, « Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses », *Gestion*, Vol. 34, 25-37.

⁵⁶ Pichault, F & Pleyers, M., 2010, « Pour en finir avec la génération Y...Enquête sur une représentation managériale », XX¹e Congrès AGRH, Rennes / Saint Malo.

⁵⁷ Abrioux, F. & Abrioux B., 2012, « Comment nuancer l'approche générationnelle des attitudes au travail ? Comparaison plurifactorielle et qualitative de deux générations de salariés d'une entreprise multinationale », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) et Entreprise (RIMHE)*, n° 4, 91-109.

⁵⁸ Pfeffer, J., 2013, « You're still the same : why theories of power hold over time and across contexts », *Academy of Management Perspectives*, Vol. 27, n° 4, 269-280.

1.2.2.1. Les attentes de la génération Y dans le domaine sanitaire et médico-social

B. Pauget⁵⁹ a réalisé une étude avec trois IFSI à la demande des directeurs d'écoles qui disaient « avoir affaire à une génération très différente d'élèves infirmières avec lesquelles elles avaient du mal à composer ». L'équipe de recherche a voulu vérifier l'impact de la génération Y sur le management et les organisations sanitaires et sociales françaises. A l'aide d'un questionnaire, ils ont interrogé 36 personnes sur les trois stéréotypes français de la génération Y : le questionnement identitaire, le questionnement de l'autorité et la recherche de flexibilité. Il explique que le premier item a été interrogé sous l'angle des relations avec le supérieur hiérarchique et les collègues, le second sur la question du rapport à l'autorité et des fonctions de contrôle et de décisions traditionnelles du management et le troisième sur le besoin de flexibilité personnel (horaire, salaire, etc.) et organisationnel (par les outils technologiques, les circuits d'informations, le travail en équipe, etc.).

Caractéristiques de la génération Y	D'après la littérature	Observation sur notre terrain d'étude
La vie privée est considérée comme plus importante que la vie professionnelle.	Cette caractéristique est souvent soulignée dans la littérature [26].	Caractéristique vérifiée : « L'investissement au travail est moins important, le temps libre et de loisirs beaucoup plus importants » (répondant 4).
Forte demande en terme de flexibilité dans les conditions de travail.	– Horaires flexibles – Absences possibles (sans explications rationnelles) [27].	Caractéristique vérifiée : – Ils sont « sûrs d'eux, supportent mal les contraintes (horaires...) » (répondant 6). – Ou encore le fait qu'ils soient « attirés par les aspects attractifs » (congés, peu de chômage...).
Non-respect de la hiérarchie.	Contestation de l'autorité traditionnelle [28].	Caractéristique vérifiée : « Les rapports hiérarchiques sont compliqués » (répondant 2).

Extrait de l'étude : Récapitulatif des caractéristiques de la génération Y observées ou non sur le terrain

Les chercheurs estiment que les résultats obtenus sur l'échantillon concordent aux caractéristiques décrites dans la littérature, ils notent que « les Y investissent plus dans leur vie privée parfois au détriment de leur vie professionnelle, ils sont plus flexibles y compris en terme de présence, ils respectent moins que par le passé l'autorité traditionnelle ». Les membres du syndicat CGT de l'hôpital partagent également ce constat et expliquent que « c'est une génération où ils sont très consommateurs, si ça les soule, ils partent, ils ne restent pas, ils démissionnent ». Les représentants du personnels considèrent aussi la vie privée prime chez la génération Y, en effet, « c'est une génération smartphone, ils sont sans arrêt connectés, ils ne s'attachent à rien, ils ont toujours le téléphone dans la poche ».

⁵⁹ Pauget, B. (2012). L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? Pratiques et Organisation des Soins, vol. 43(1), 25-33. doi:10.3917/pos.431.0025.

Caractéristiques de la génération Y	D'après la littérature	Observation sur notre terrain d'étude
Revêche à l'autorité.	La littérature est volontiers normative, insistant sur l'écoute et le dialogue [31].	Caractéristique en partie vérifiée : L'écoute et le dialogue ne sont qu'une partie des activités des managers. Il y a aussi le rappel des règles.
La génération Y est innovante.	La génération est interconnectée et manie volontiers l'innovation par les nouvelles technologies de l'information et de la communication [32].	Caractéristique vérifiée : Les managers en reconnaissent le potentiel (mais limité par les pesanteurs de l'organisation) et les limites.
Il y a un manque d'investissement des jeunes dans l'organisation.	Ces idées viennent de la littérature professionnelle principalement et parfois relayées dans les recherches académiques [33].	Cette caractéristique est infondée d'après nos données.

Extrait de l'étude : La réaction des managers et de l'organisation face à la génération Y

Les résultats font apparaître plusieurs types de management pour encadrer la génération Y. Certains se concentrent surtout sur le rappel des règles : il y a un « *rappel des règles de travail important* » à effectuer. S'il a des difficultés à gérer la génération Y, ce type de manager reste dans une posture traditionnelle en se centrant sur le rappel et l'incorporation des règles : il faut des « *rappels constants, des objectifs précis avec un bon suivi sinon il peut y avoir du relâchement* ». Les personnes interrogées indiquent qu'il y a un « *accompagnement des collaborateurs est plus important que par le passé* », qu'il faut « *plus de contrôle des actions, plus de réunions, plus d'écoute* » mais aussi « *plus de conciliation concernant le travail à effectuer lors de la tranche horaire* ». L'équipe de recherche constate aussi un second type de manager qui « *essaye de s'adapter au besoin d'écoute et de personnalisation de la génération Y* » estimant que « *la génération Y a besoin de cadrage mais, différent de celui basé sur une simple forme d'autorité hiérarchique* ».

Caractéristiques de la génération Y et impact attendu sur les organisations sociosanitaires	Organisations traditionnelles s'adaptant peu aux changements	Organisations structurées autour de projets (exemple la recherche)	Organisations relationnelles
La vie privée est considérée comme plus importante que la vie professionnelle.	Raidissement de l'organisation pour obliger les nouvelles générations à adhérer aux règles.	Caractéristique compatible si elle se traduit par une augmentation du travail mobile et à distance.	<ul style="list-style-type: none"> – Les frontières de l'organisation, notamment <i>via</i> les NTIC, sont désormais associées aux professionnels de santé. – Les désirs de métier, d'identité et d'organisation se confondent. Dit autrement l'identification, la motivation, etc. à l'organisation sont effectuées de manière très délicate.
Forte demande en matière de flexibilité dans les conditions de travail.	Accroissement du contrôle.	Accroissement du contrôle. Acceptation forcée des règles vécues comme un mal nécessaire.	Les ressources humaines sont réorganisées : il y a une individualisation des carrières pensées en termes de compétences et moins de statuts. Le management de proximité est un relai essentiel.
Non-respect de la hiérarchie.	L'autorité est contestée. Apparition de phénomènes de découragement ou encore de mal-être, y compris au niveau organisationnel.	La structuration par projet limite les aspirations des Y mais ne tire pas tout le parti de leurs potentiels.	Investissement important en termes de ressources (notamment de temps) pour accompagner les individus.
Non-respect de l'organisation.	L'organisation est déconsidérée et pilotée par des procédures pour pallier le manque d'investissement des professionnels de santé	La réputation des projets a un impact sur la réputation globale qui devrait être plus volatile.	Les aspects relationnels du management sont valorisés.

Extrait de l'étude : Synthèse sur la généralisation de l'étude

B. Pauget tire deux conclusions générales, il estime que la généralisation liée au management semble congruente avec la littérature internationale : « *La génération Y souhaite davantage un management de proximité qui ait du sens et davantage de flexibilité* ». La deuxième généralisation est de nature organisationnelle, « *la génération Y pousse à créer des organisations plus transversales* ». Cette étude apporte de nombreux éclaircissements sur la génération Y, les impacts sur les organisations soignantes devront être anticipés et gérés par les équipes d'encadrement.

1.2.2.2. *Les impacts de la génération Y sur les organisations paramédicales dans un centre hospitalier gériatrique*

La relation entre les jeunes entrants sur le marché du travail et les organisations intrigue, notamment parce que les organisations semblent manquer de repères sur la façon dont les jeunes construisent leur intégration professionnelle et sur la place qu'occupe le travail dans leur vie (Petit, 2012)⁶⁰. A. Bender explique que les organisations ont longtemps basé leurs conditions d'offres d'emploi sur le salaire, en pensant que c'était suffisant dans un « *contexte d'emploi inerte* », il précise que « *les organisations n'ont pas pris toute la mesure de l'ensemble des besoins des actifs qui n'acceptent plus certaines contraintes ou conditions de travail* »⁶¹. La cadre supérieure du pôle médico-social évoque les difficultés rencontrées avec les nouvelles générations : « *La génération change, on est soumis à un stress permanent, parce qu'ils peuvent ne pas revenir l'après-midi, comme on est tenu d'assurer la sécurité des soins, on est sur le fil du rasoir quotidiennement* ». C'est une des principales difficultés rencontrées par les équipes d'encadrement qui se doivent d'assurer un effectif minimal. Ce type de départ inopiné peut impliquer un fonctionnement temporaire en sous-effectif, provoquer des interruptions dans la continuité des soins et de la prise en charge, engendrer des accidents iatrogènes dus à des erreurs de prescriptions ou même dégrader l'état de santé des résidents et des patients. Aussi, un fort taux de turn-over empêche les résidents et les patients de nouer des relations de confiance. La Directrice des ressources humaines partage ce sentiment et ajoute « *Pour le coup, il y a un vraiment un changement de génération, qui me semble réel, à une époque quand on rentrait dans un établissement, on y faisait carrière et on y restait toute une vie. Aujourd'hui, ce n'est pas les projets professionnels des gens, qui veulent évoluer, faire plusieurs services.* » Elle nuance toutefois sur les départs rapide des membres de la génération Y : « *Ce sont des parcours qui sont courants, donc le turn-over existe, il doit être analysé dans le sens où il y*

⁶⁰ Petit, R. (2012). Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : Éléments de réponse aux problématiques générationnelles. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 4(4), 3-26. doi:10.3917/rimhe.004.0003.

⁶¹ Bender A.-F. (2009), Le rapport au temps de travail des jeunes salariés, in En âge de travailler – recherches sur les âges au travail, Ed. AGRH – Vuibert, 197 pages, p. 65-79.

a aussi des départs de personnes mécontentes, de personnes qui déménagent ou qui veulent évoluer dans d'autres spécialités ».

En effet, la trajectoire professionnelle d'un individu – décrite par Brillet comme l'ensemble des situations d'emploi ou métiers qu'il exerce au cours du temps – ne peut plus être expliquée par le paradigme de la carrière professionnelle et du salariat classique (Scouarnec, 2009)⁶². Cette trajectoire professionnelle serait protéenne (Hall, 1996)⁶³, certains auteurs parlent aussi de *carrières nomades* (Cadin et al., 2003)⁶⁴ ou de *boundaryless career* (Arthur et Rousseau, 1996)⁶⁵. Les cadres de l'hôpital ont bien compris les exigences de cette nouvelle génération et pensent déjà à ajuster leurs organisations : *« Et aujourd'hui, il faut accepter que les agents soient comme ça, il faut qu'on s'adapte. Il faut trouver des nouveaux moyens de faire fonctionner ces organisations en lien avec les réalités de terrains. Il y a aussi à mon sens, se poser la question des organisations de soins qui date de plusieurs dizaines d'années, proposer des organisations évolutives, des toilettes l'après-midi, dire que le champ de possibles est là et pas s'interdire de penser différemment »*. Elle apporte des précisions sur la façon de manager des équipes : *« J'insiste beaucoup au niveau managérial, moi à mon sens, tout soignant est une compétence en devenir, il faut donner les moyens à la personne de développer ce qu'elle peut être, en lui donnant une certaine autonomie. Il faut un management humain et bienveillant. »*

Ainsi, la pénurie de personnel soignant pousse les établissements à innover en terme de politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel. Celles-ci doivent désormais prendre en compte les exigences des nouvelles générations, très différentes de leurs prédécesseurs. Cette deuxième partie sera l'occasion d'analyser les politiques déployées au Centre Hospitalier (2).

⁶² Scouarnec, A. (2009), «La prospective des métiers au service des transitions professionnelles : d'une logique du subir à une logique du choisir», Education Permanente, n°181, p. 35-45.

⁶³ Hall, D.T. & associés (1996), The career is dead, long live the career! San Francisco, Jossey-Bass.

⁶⁴ Cadin, L., Bender, A.F., De Saint-Giniez, V. (2003), Carrières nomades : les enseignements d'une comparaison internationale, Paris, Vuibert.

⁶⁵ Arthur, M.B., Rousseau, D. (1996), The boundaryless career, a new employment principle for a new organizational era, New York, Oxford University Press.

2. Des politiques internes d'attractivité et de fidélisation échafaudées mais perfectibles face aux multiples exigences générationnelles

Les travaux de recherche au Centre Hospitalier ont permis de révéler quelles politiques fonctionnaient et quelles politiques étaient encore perfectibles (2.1). L'étude des nouveaux enjeux, l'exigence d'une véritable qualité de vie au travail et l'arrivée des nouvelles technologies en santé, force les établissements à adapter leurs politiques d'attractivité et de fidélisation aux revendications générationnelles (2.2).

2.1. Les processus internes d'attractivité et de fidélisation au Centre Hospitalier affrontent les demandes des nouvelles générations et une crise sanitaire sans précédent

Face à une pénurie de personnels soignants dans le monde de la santé, le Centre Hospitalier doit renforcer et améliorer ses processus d'attractivité et de fidélisation du personnel (2.1.1). L'arrivée inopinée du covid-19 l'a conduit à proposer des pratiques adaptées à cette situation sanitaire exceptionnelle (2.1.2).

2.1.1. Les processus de recrutement et de fidélisation du Centre Hospitalier ont bénéficié d'un renouveau nécessaire

Si les processus de recrutement et d'attractivité de l'établissement ont bénéficié d'un toilettage efficace (2.1.1.1), les dispositifs de fidélisation peinent à s'adapter aux différentes générations coexistant dans la structure (2.1.1.2).

2.1.1.1. Un processus d'attractivité renouvelé et efficace

Le Centre Hospitalier a vu l'équipe d'encadrement des ressources humaines se recomposer fin 2019 avec l'arrivée concomitante d'une nouvelle Directrice des ressources humaines, une nouvelle attachée aux ressources humaines et une nouvelle adjointe des cadres. Ce renouvellement a impulsé une véritable dynamique dans les dispositifs d'attractivité et de recrutement, l'attaché indique que « *culturellement, les demandes de recrutement arrivaient au fil de l'eau, sur des besoins qui n'étaient pas toujours bien identifiés et sur des durées de contrat qui ne sont pas toujours les bonnes. Et en face pas*

de gestion des effectifs, clairement, les cadres ne gèrent pas les effectifs, c'est une difficulté pour suivre les effectifs, pour maîtriser ou tenir la masse salariale » ; la DRH précise que « le recrutement était très confus ici, il y avait une sorte de pratique qui était 3 mois CDD, puis 3 mois CDD puis un CDI. C'était une politique qui ne me convenait pas dans le sens où ça répond pas à la logique de dire si un besoin permanent ou à un poste vacant ; donc ça c'est une politique que j'essaye de déconstruire ». La DRH a conduit une véritable politique d'amélioration du circuit du recrutement, en travaillant surtout « sur les étapes du recrutement » et « l'identification de qui fait quoi au niveau de chaque recrutement, avec quels outils, remettre les étapes et les outils : soit à construire, soit à reprendre, soit déjà existant ». Les cadres de santé et le service des ressources ont construit, au terme de « beaucoup d'échanges avec l'attachée aux ressources humaines et de travail sur ce qu'on pourrait améliorer dans ce processus », une politique de recrutement « plus fluide, avec les bons interlocuteurs » nous indique la cadre supérieure du pôle sanitaire. Ce sont les cadres supérieures qui centralisent les demandes de recrutement, lors de réunions de mutualisation, les cadres supérieures et les cadres identifient les besoins des services, elles m'expliquent « on tient à jour un tableau où on a tous les effectifs, départs, arrivées, ceux qui changent de service. On identifie les postes vacants mais qui ne sont pas forcément tout de suite proposé, mais on les pointe, et au départ on met des CDD. C'est ce qui nous permet de savoir où on est. A côté de ça, on a tous les lundis, la mutualisation, en lien avec l'absentéisme, et ça permet de remplir un tableau d'absentéisme long, court ». Ces informations sont transmises respectivement au service des ressources humaines et à la cadre détachée pour le recrutement du personnel soignant. Les autres cadres du service, comme les cadres du service technique, pharmacie ou administratif, gèrent directement les entretiens de recrutement. Le service des ressources humaines s'occupe d'abord en amont « du suivi des besoins en recrutement, de la publication des offres, du recueil des candidatures et de la pré sélection » et en aval « du suivi des contrats et des renouvellements ». Les recrutements sont validés par la DRH qui « effectue un contrôle », sur « l'aspect budgétaire » notamment avec la maîtrise de la masse salariale, la durée des contrats, la proposition de CDI ou de mise en stage grâce à une fiche de recrutement (Annexe n°1). La restructuration de la procédure de recrutement a permis de gagner en efficacité et en efficience, désormais, les postes vacants sont identifiés spécifiquement par les cadres, ce qui permis aux recruteurs d'apporter des éléments précis lors de l'entrevue avec le candidat ou aux cadres de proposer un poste vacant à des agents déjà en poste.

La DRH décrit les actions plus stratégiques liées à l'attractivité, face à des problématiques de recrutement et de déficits de personnels, elle a d'abord travaillé avec la métropole de Lyon, avec un chargé de mission local pour « nouer des partenariats notamment avec les acteurs de l'insertion pour avoir des recrutements et des projets avec

des personnes accompagnées ». L'établissement cherche aussi à se positionner sur le marché de l'emploi grâce à des « *campagnes de communication* », notamment des affiches « *pour être visibles sur les forums de l'emploi, dans les instituts de formation* » et des stands co-animé par un membre du service RH et des cadres, le service des ressources humaines prépare des éléments sur les fiches de postes, la rémunération et les cadres préparent des éléments sur le fonctionnement de l'établissement et les différents services. Aussi, l'hôpital organise des visites pour les instituts de formations infirmiers et aide-soignant pour qu'ils puissent « *connaître l'établissement, identifier des lieux de stage, accueillir plus de stagiaires, ce qui peut permettre des embauches* ». Dans ce contexte de pénurie de soignants diplômés, et avec beaucoup d'agent faisant fonction d'aide-soignant, l'établissement tisse des partenariats avec les instituts de formation environnants, d'ailleurs, un Institut de formation aide-soignant et l'établissement ont créé ensemble un « *parcours diplômant* », une formation de 3 jours est dispensée par l'IFAS aux agents des services hospitaliers, celle-ci reprend certaines thématiques de la formation d'aide-soignante en accélérée, sur la toilette ou les particularités de la personne âgée pour les sensibiliser, leur apporter un minimum de formation et les orienter ensuite vers un parcours qualifiant. Aussi, l'établissement ouvre ses portes à des acteurs de l'emploi local, qui viennent « *visiter l'établissement pour se rendre compte de ce qu'est un hôpital gériatrique* ». Le renouvellement de l'équipe d'encadrement a impulsé une toute nouvelle dynamique dans les processus d'attractivité et de recrutement. L'établissement se positionne sur la scène locale, en développant des partenariats avec différents acteurs et en affichant en avant un hôpital ouvert et tourné sur l'extérieur. Si les offres d'emploi sont publiées en ligne, l'hôpital mériterait de renforcer sa communication hospitalière et son image, la DRH regrette que la communication hospitalière demande : « *une vraie compétence voir même une appétence à la communication sur les réseaux sociaux. Et puis c'est une culture qui n'existe pas encore dans les établissements* » mais que cela permettrait « *d'aller toucher des publics plus jeunes* ». Aussi, l'établissement communique assez peu sur les différents projets, n'optimise pas son site internet et ne dispose pas d'autres canaux de communication (LinkedIn, Twitter...). Hors, les nouvelles générations sont très impliquées sur les réseaux sociaux et les utilisent en permanence. Renforcer le positionnement numérique de l'hôpital est primordial pour attirer les nouvelles générations au sein de l'établissement. Enfin, la DRH aimerait renforcer « *la participation des cadres de santé dans le recrutement* » pour qu'à terme « *chaque cadre fasse les recrutements dans leurs services* », elle s'explique « *parce que l'agent ne vient pas candidater à l'hôpital, il vient candidater en SSR, en médecine, en USLD, en EHPAD* », elle aimerait que les cadres fassent les entretiens pour voir « *si la personne a les qualités qui correspondent au service et aux particularités de ce service* ».

Sécuriser et renouveler les processus d'attractivité ont permis d'impulser une nouvelle dynamique au sein de la structure et de façonner une politique de recrutement efficiente. Celle-ci doit être combinée avec des politiques de fidélisation du personnel pour pérenniser les agents au sein de l'établissement.

2.1.1.2. *Un processus de fidélisation perfectible*

L'équipe de direction m'a indiqué plusieurs processus de fidélisation mis en œuvre au sein de l'établissement, le premier concerne le management de proximité. Paillé rappelle le rôle du supérieur dans la fidélisation du personnel⁶⁶, il indique que le comportement du supérieur envers ses collaborateurs joue un rôle déterminant, en effet, selon Furnham et Taylor (2004), « *les personnes rejoignent une organisation mais quittent leur supérieur* »⁶⁷. H. Levinson indique que « *les employés généralisent et extrapolent à l'organisation les sentiments éprouvés envers les membres de l'organisation qui comptent le plus pour eux* »⁶⁸. Ainsi, en sa qualité de « *représentant de l'organisation* », le supérieur occupe « *une position singulière dans la mesure où il est directement impliqué dans plusieurs décisions importantes pour l'employé telles que l'évaluation de son travail, la recommandation pour des récompenses ou des promotions* » (Roadhes-Shanock et Eisenberger, 2006)⁶⁹. Dans l'établissement, les équipes d'encadrement, notamment dans les services de soins, peinaient à s'affirmer en tant « *qu'interlocuteur privilégié* », la cadre du pôle sanitaire explique : « *il a fallu reposer le cadre à sa place, manager d'une équipe et responsable des organisations de soins, responsable de la GTT, des RH. Parce que ça a été oublié et effacé et depuis des années. Dans les services de soins, le cadre n'existait pas. La priorité a été de re-légitimer le cadre en tant que cadre, interlocuteur privilégié* ». Ce qui a permis de « *reconstruire des relations professionnelles entre le cadre et les équipes* » et de « *ressouder le travail d'équipe* ». Relégitimer le cadre dans les services a été la première étape, ensuite, ils peuvent se concentrer sur d'autres thématiques comme « *les demandes en terme de qualité de vie et de temps de travail qui permettront certainement derrière de fidéliser puisqu'il y a un aspect vie privée, en entendant la demande pour permettre à chacun d'être plus confiant et plus serein* ». La cadre supérieure du pôle médico-social ajoute que l'équipe de direction est là pour « *guider les cadres sur leur positionnement et leur façon de traiter les problématiques* », les cadres de santé doivent être « *dans l'accompagnement* », dans « *l'humain* » et aussi « *dans la compréhension de la situation de l'autre* ». Ensuite, la fidélisation passe aussi par la formation du personnel, l'attaché aux

⁶⁶ Paillé, P. (2010). Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier. Journal d'économie médicale, volume 28(3), 101-113. doi:10.3917/jgem.103.0101.

⁶⁷ Furnham A, Taylor J. (2004) The Dark Side of Behaviour at Work. London: Palgrave Macmillan.

⁶⁸ Levinson H. (1965) Reciprocation: the relationship between man and organization. Adm Sci Q 4:370-390.

⁶⁹ Rhoades L, Eisenberger (2002) R. Perceived organizational support: a review of the literature. J Appl Psych 2002; 4:698-714.

ressources humaines estime que « *c'est un levier extrêmement important* », estimant que l'hôpital doit jouer son rôle « *d'ascenseur social* ». Des nouveaux outils s'ajoutent à un plan de formation très conséquent, comme la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) collective, la DRH expose ce dispositif : « *L'idée c'est d'avoir un groupe qui va préparer une VAE, accompagné par des formateurs qui vont les aider à rédiger leurs livrets, à préparer les oraux, parce que la VAE c'est quelque chose qui est difficile, et seul ça demande énormément de travail et ça peut être très décourageant pour les agents, qui ont parfois les capacités mais qui vont échouer sur la partie rédaction* ». Pour le pôle sanitaire, l'établissement a mis en place « *un dispositif de tutorat porté par les cadres, avec un AS qui ferait fonction, qui serait tuteuré par deux aides-soignantes de deux équipes différentes avec des objectifs de compétences à atteindre, avec un éventail d'autonomie à atteindre en quatre semaines* ». Il est aussi important de soigner l'arrivée d'un agent sur l'établissement, les membres du syndicat CGT remontent du terrain que « *Moi ce qui est ressorti le plus, pour moi le premier élément, la première personne qui recrute c'est hyper important, il faut donner envie* ». Actuellement, un accueil est organisé pour les étudiants d'été qui viennent pour leur expliquer le fonctionnement de l'établissement et les tâches qui leur seront confiées, la DRH aimerait étendre ça « *l'idée ça serait d'aller plus loin et d'avoir tout au long de l'année une journée d'accueil du nouvel arrivant* ». Certains établissements donnent un livret d'accueil qui recense toutes les informations nécessaires, le Centre Hospitalier n'en a pas et a prévu d'en rédiger un prochainement.

La sécurité de l'emploi par la mise en stage de l'agent participe à la fidélisation du personnel, la DRH précise que l'intérêt à la titularisation est d'offrir « *un statut plus protecteur et plus bénéfique pour l'agent* ». L'étude de la nouvelle génération a permis de mettre en lumière certaines interrogations, la Directrice des ressources humaines indique que « *c'est très difficile de dire l'impact sur la jeune génération au sens général du terme, parce que c'est très variable* ». Le combat syndical est de promouvoir la titularisation même s'ils ont conscience que « *cette nouvelle génération n'est plus intéressée par la titularisation, ils ne veulent pas de contrat, ni de CDD, de CDI, ils veulent s'inscrire sur Megdo* ». La Directrice est plus nuancée : « *après il y a des gens que ça n'intéressent pas, c'est pas la majorité, qui préfère un CDI, pour pouvoir démissionner plus facilement et pouvoir changer d'établissement. Mais c'est à la marge, sur toutes les propositions de mise en stage que j'ai fait référencement, seul un a refusé* ». Elle rappelle qu'on est « *un établissement public, donc on doit avoir des agents publics et les contractuels doivent être à la marge* ». C. Fournier dans ses travaux sur la motivation des étudiants infirmiers et aides-soignants⁷⁰ a suivi des étudiants pendant 10 ans. Il explique que les deux facteurs

⁷⁰ Fournier, C. (2011). La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis. Journal d'économie médicale, vol. 29(6), 323-335. doi:10.3917/jgem.116.0323.

les mieux classés en moyenne sont la réalisation de soi et le travail proprement dit. Viennent ensuite le développement personnel puis la reconnaissance. En bas des préoccupations figurent les bénéfiques en nature, les relations avec la hiérarchie, le statut ou les conditions de travail. Lorsqu'ils se projettent dans dix ans, on retrouve les deux mêmes premiers facteurs, mais on note que la rémunération arrive au troisième rang juste devant l'avancement et la sécurité de l'emploi. Pour résumer, les principales motivations pour entrer dans la carrière de soignants sont d'abord relatives au contenu du travail, les facteurs de rémunération et de sécurité de l'emploi deviennent importants lorsque les répondants se projettent dans dix ans. Ainsi, les motivations des agents évoluent tout au long de leur carrière, le rôle de l'hôpital est de répondre aux attentes des agents pour fidéliser plus largement tout le personnel hospitalier.

Les processus d'attractivité et de fidélisation du personnel doivent s'adapter et répondre aux attentes des différentes générations présentes dans l'établissement. En période de crise sanitaire, le recrutement et la fidélisation du personnel se font dans l'urgence absolue, mais les dispositifs innovants qui ont été déployés peuvent être réutilisés à bon escient.

2.1.2. Recruter et fidéliser en période de crise sanitaire

J. Sardon dans son ouvrage « De la longue histoire des épidémies au covid-19 » indique que l'épidémie de coronavirus apparue en Chine en novembre 2019 est impressionnante par son ampleur et la rapidité de sa diffusion. Pourtant, elle est loin d'être une catastrophe sanitaire comparable à certaines pandémies du passé, de par sa relativement faible létalité. Mais c'est la première qui aura entraîné le confinement de la moitié de l'humanité, soit plus de 3 milliards d'hommes⁷¹ et aura bouleversé les établissements sanitaires et médico-sociaux (2.1.2.1). Les organisations ont dû être adaptées et réévaluées quotidiennement pour répondre à l'évolution de l'épidémie (2.1.2.2).

2.1.2.1. *L'arrivée fracassante du covid-19 dans l'établissement*

Dès le début de la crise sanitaire, le Centre Hospitalier a organisé des cellules de crise et a déclenché son Plan Blanc et son Plan Bleu. Cette cellule de crise a permis de rassembler les principaux décideurs de l'établissement et de mettre en place une équipe pluridisciplinaire comprenant, présidente de la Commission Médicale de l'Établissement

⁷¹ Sardon, J. (2020). De la longue histoire des épidémies au Covid-19. *Les analyses de Population & Avenir*, 26(8), 1-18. doi:10.3917/lap.026.0001.

(CME), médecins chefs de pôle sanitaire et médico-social, pharmaciens et cheffe de pôle médicotechnique, responsable gestionnaire des risques et référente covid-19, cadres de pôles, équipe de direction, infirmière hygiéniste et médecin de l'équipe support de l'établissement support du GHT. Les premières semaines ont été marquées par le besoin d'acquérir en nombre suffisant les Équipements de Protection Individuels (EPI). La Direction, faute d'approvisionnement national, s'est enquit de trouver des masques auprès des communes et des société voisines. Les organisations ont été peaufinées par l'expérience médicale en interaction avec les équipes paramédicales et d'hygiène. Le gestionnaire des risques et de la qualité a été nommé « référent covid-19 » par le Directeur de l'établissement, chargé du respect et de l'appropriation des consignes nationales et de l'optimisation des pratiques médicales. Les services ont été réorganisés pour répondre à la crise par la président de CME et la chef du pôle sanitaire, avec d'abord la fermeture de l'hôpital de jour afin de redéployer ses effectifs dans les autres services.

Cette période a été marquée par une très grande intensité des activités avec une présence renforcée des équipes médicales et paramédicale. En effet, la prise en charge des patients atteints du covid-19 nécessite des ressources particulièrement importantes en matière de personnels médical et infirmier, elle se caractérise par une quantité de soins et de médicaments ainsi qu'une réévaluation très fréquente des traitements de jour comme de nuit. La prise en charge de cette pathologie aiguë dure généralement une quinzaine de jours et peut inclure des périodes de détresse respiratoire débutant entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour. Cette pathologie chez les patients âgés et fragiles contribue à une aggravation de leurs autres comorbidités. Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont été requalifiés en service de médecine pour assurer un niveau de soins plus élevés pour chaque patient, la réévaluation médicale et paramédicale est pluriquotidienne contrairement aux activités d'un service de SSR assurant une visite médicale de synthèse hebdomadaire. Ces prises en charge plus étaient plus éprouvantes avec notamment, un nombre de décès plus important que d'habitude, de l'ordre de 30 % supérieur. Cette mortalité accrue a nécessité un accompagnement renforcé des failles et des équipes.

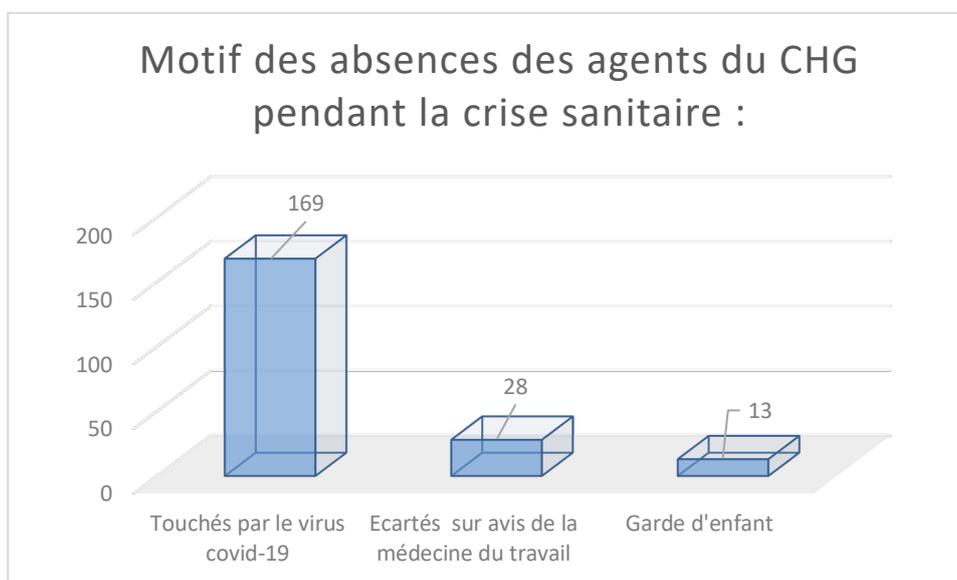
Du côté des ressources humaines, la crise a réellement débuté le 16 mars 2020 avec la fermeture des écoles, ce qui a directement touché les effectifs de l'hôpital, notamment les membres du personnel ne disposant d'aucune solution immédiate pour la garde de leurs enfants. Ce premier impact a été rapidement traité par la majorité des agents eux-mêmes qui, en l'espace d'une semaine, ont pu trouver des solutions par leur propre moyen ou avec le soutien de l'établissement appuyant les demandes de garde prioritaires pour les professionnels hospitaliers. Un deuxième impact, d'ordre médical, a concerné les agents hospitaliers infectés par le virus. Ces derniers ont bénéficié d'un accompagnement

conjoint de la médecine du travail et du services des ressources humaines : une procédure préétablie permettait à toute personne pensant être porteuse du covid-19 de se signaler pour être soumise à un test de dépistage, recevoir des consignes de confinement et bénéficier d'une éviction ou d'un arrêt maladie. Parallèlement, l'éviction des agents porteurs de pathologies à risque de développer une forme grave de la covid-19 ont été évincés sur avis de la médecine du travail.

2.1.2.2. *Recruter et fidéliser des agents pendant la crise sanitaire*

L'équipe des ressources humaines a été extrêmement sollicitée pour ce travail de grande ampleur. Les gestionnaires devaient assurer le suivi des professionnels absents et la gestion des activités de recrutement, dont le nombre a quadruplé durant la période. Cette masse de travail colossale a nécessité d'accorder la priorité à la mise en place de protocoles exceptionnels, visant l'accélération des opérations de recrutement, le recours à des contrats intérimaires et l'élargissement des missions proposées aux vacataires de l'hôpital. La Directrice des ressources humaines décrit les grandes étapes pour la gestion de la masse salariale : « *au niveau des recrutements, on a enlevé des étapes de validation pour que ça aille plus vite. Généraliser le recours à l'intérim et à medgo. Sur le suivi de l'absentéisme, tu as fait un tableau de suivi qui nous a permis d'avoir un suivi des agents, pour suivre les gens et sortir des chiffres. Et puis l'adaptation à chaque situation individuelle, on a eu pas mal de situation individuelle à gérer* ». Plusieurs services de l'établissement ont été lourdement touchés par le virus, les cadres supérieures détaillent les organisations adoptées ; la cadre du pôle médico-social raconte « *au mois d'avril, on s'est retrouvé en grande difficulté sur l'unité Alzheimer dans lequel il y a eu 50 % de taux d'absentéisme, énorme. En plus de ce sentiment d'anxiété, il fallait trouver des remplaçants gérer l'absence, gérer l'angoisse des soignants, garder son sang-froid et faire attention que le virus ne se propage pas au sein des EHPAD* ». Pour la cadre du pôle sanitaire explique qu'elle a surtout développé « *une communication des informations accrue* » et « *un accompagnement renforcé des équipes* » qui se matérialise par « *un accompagnement de toutes les nouvelles procédures, un affichage des priorités, on allait dans les services de nuit notamment, on a multiplié les infirmations de nuit, on a fait 3 réunions de nuit. Il y avait beaucoup de logistique, il a fallu s'organiser pour la logistique, les cadres géraient la centralisation du matériel, notamment des protections individuelles et donc organiser de manière précise le travail du cadre dans l'équipement de son personnel* ». Face à un absentéisme démesuré pendant la crise, avec plus de 169 agents touchés par le virus, des agents écartés des services sur avis de la médecine du travail et des agents absents pour garde d'enfant. Fin mai 2020, la médecine du travail a fourni plusieurs chiffres post-

crise, 25 % du personnel atteint par le virus covid-19 pour au total 30 % de salariés qui n'étaient pas au poste en cumulé.



Les services des ressources humaines, en lien avec les cadres de santé et la présidente de CME, ont dû recruter massivement des aides-soignants, des infirmiers, ASH, des secrétaires médicales, des agents techniques, du personnel médical. D'abord, les services des ressources humaines ont été adaptés, l'attaché aux ressources humaines explique « *qu'en interne on s'est même réorganisé, on a mis des agents en grande partie sur le recrutement, on a mobilisé les ressources* », la Directrice du service a voulu « *limiter le nombre de personnes présentes* » et a mis en place une organisation en télétravail, constatant que « *tout ça été géré en urgence, le télétravail a été facile à mettre en place mais difficile au quotidien pour certaines personnes, du fait d'une connexion internet peu adaptée dans les domiciles. Ça a aussi révélé que certains postes étaient possibles et même intéressants pour les agents, d'autant que c'était un sujet qu'on avait pour projet avec le Directeur* ». Ensuite une campagne massive de recrutement s'est mis en œuvre, « *on a rappelé des gens au chômage, des retraités, on a inondé tous les instituts de formation, on a relancé, la mission locale, on a vraiment recruté très largement pour soutenir les équipes* » souligne l'attaché. Le service a utilisé tous les canaux possibles pour recruter massivement du personnel, grâce à des campagnes de recrutement (Annexe n°1), diffusées dans les IFIS / IFAS, le pôle emploi, ou encore la mission locale. L'hôpital a noué de nombreux partenariats, notamment avec les instituts de formations qui proposaient à leurs étudiants infirmiers et aides-soignants de venir travailler dans nos services pendant toute la durée de crise. Le service aura recruté de fin mars à mi-mai plus de 100 personnes, alors que classiquement, en deux mois, il y a environ une vingtaine de recrutements. Les agents recrutés appartenaient majoritairement à la nouvelle génération, en effet, les

étudiants en IFAS / IFIS ont très rapidement répondu à l'appel lancé par l'établissement et sont venus rejoindre les rangs des soignants. D'ailleurs, l'hôpital avait pris en CDD de nombreux étudiants aides-soignants et infirmiers, ces contrats ont été renouvelés pour certains étudiants qui validaient leur diplôme en septembre. La fidélisation du personnel peut s'effectuer même en période de crise, il faut mobiliser tous les agents qui interviennent dans les processus de recrutement et de fidélisation pour offrir à l'agent des bonnes conditions de travail même en période de crise. Ainsi, les cadres de santé respectaient scrupuleusement les repos, les demandes de congés pour permettre aux agents d'avoir un équilibre entre leur vie professionnelle et vie privée même en période de crise sanitaire.

Cette crise sanitaire a été très éprouvante pour tous les agents, la Directrice des ressources humaines souligne qu'il faut porter « *une attention aux équipes, qu'elle souffle un peu parce qu'on va avoir un contrecoup de la crise* ». Elle indique que cette crise a permis « *d'améliorer les modes de communication avec les cadres de santé au niveau des absences et les retours, et ça j'aimerais bien conserver post crise* ». Pendant la crise, un tableau des absences était envoyé deux fois par jour pour signaler les agents absents, ce type de communication était très profitable, centralisant toutes les informations dans un seul courriel. Le service absentéisme de l'établissement conserve ce type de communication pour indiquer aux cadres les agents absents. Pour les cadres de santé, il est important de « *reprendre une activité normale* » et de « *se repencher sur des projets mis de côtés* » parce que « *les microprojets dans les services c'est important pour les cadres et pour les équipes* ». La cadre du pôle médico-social conclut « *les soignants ont été très aidants, les cadres ont été très aidants. Et l'ensemble du personnel a compris le sens de l'action collective et accepté de faire des missions qui n'étaient pas leurs missions principales, il y a eu beaucoup de solidarité au sein des équipes* ».

Ainsi, l'étude des politiques développées au Centre Hospitalier et les projets futurs ont permis de dégager des grandes tendances de politiques d'attractivité et de fidélisation qui seront développées en détails dans la partie 3 sur les recommandations.

2.2. L'attractivité et la fidélisation du personnel face aux nouvelles technologies et aux exigences de qualité de vie au travail

L'attractivité et la fidélisation du personnel se heurtent à des enjeux pluriels, d'abord le métier de soignant peine à susciter des nouvelles vocations chez les nouvelles générations à cause de sa pénibilité d'exercice (2.2.1). Aussi, des enjeux nationaux comme les nouvelles technologies en santé et les concepts de qualité de vie au travail doivent être

assimilés dans les dispositifs pour renforcer l'attractivité et la fidélisation du personnel soignant (2.2.2).

2.2.1. Les difficultés d'attractivité et de de recrutement du personnel soignant

Les difficultés d'attractivité et de fidélisation du personnel sont liées à plusieurs facteurs, notamment un métier difficile avec des conditions de travail dégradées (2.2.1.1) et des prises en charge de patients et de résidents de plus en plus lourdes (2.2.1.2).

2.2.1.1. *Le métier de soignant, un métier moins plébiscité par la nouvelle génération*

C. Edey Gamassou, dans ces travaux sur l'engagement dans les métiers du « care »⁷², révèle que les métiers de soignants sont frappés par un double paradoxe, s'ils sont essentiels dans une société où le nombre de personnes dépendantes est en forte augmentation et qu'ils attirent des personnes marquées du sceau de la vocation, ils connaissent, d'une part, « *une forte désaffection et des prévisions de diminution d'effectifs expliquée par des conditions de travail et des perspectives de carrière détériorées dans un contexte de réduction des coûts* (Moisson et Colle, 2007)⁷³ et, d'autre part, « *des risques élevés pour la santé, sous forme de stress ou d'épuisement professionnel* » (Lissandre et al., 2008)⁷⁴ ». Ces constats sont partagés par la DRH de l'établissement qui indique que les principales pénuries de personnels soignants concernent « *les infirmiers/infirmières et les aides-soignants diplômés* », elle l'explique « *il y a beaucoup de besoins sur le territoire, ce sont des métiers qui sont difficiles, qui sont à la fois peu qualifiés, peu reconnus, peu rémunérés mais difficiles physiquement et psychologiquement, faut avoir des gens qui ont la vocation et ça c'est difficile à trouver* ». Pour la cadre supérieure du pôle sanitaire, s'il y a quelques temps « *c'était les infirmières* », maintenant « *c'est les aides-soignantes qui sont en tension* », elle indique que les difficultés de recrutement sont liées à la rémunération, aux horaires et au rythme de travail : « *La première chose c'est la rémunération, elles ont des fériés à travailler, des dimanches, des samedis et elles ne sont pas en famille et sont au travail. Elles disent que leur salaire de base, en lien avec les jours travaillés mais aussi la responsabilité qu'elles peuvent avoir sur les soins, elles disent comprendre que ce n'est plus attractif, c'est un métier qui n'est plus attractif. Il y aurait la rémunération à hauteur des conditions de travail, je pense qu'on aurait plus de personne*

⁷² Edey Gamassou, C. (2012). 13. Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care. Dans : Catherine Courtet éd., *Risques du travail, la santé négociée* (pp. 265-280). Paris: La Découverte.

⁷³ Moisson V. et Colle R. (2007), *Stress et Infirmières : une rupture inévitable ?* Cahier de recherche du CEROG n° 788.

⁷⁴ Lissandre S., Abbey-Huguenin H., Bonnin-Scaon S., Arsene O., Colombat P. (2008), « *Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie* », *Oncologie*, vol. 10, n° 2, p. 116-124.

dans les écoles. Là aussi, les écoles ne font plus le plein ». Pour les représentants du personnel, la vocation des métiers de soins n'existe plus : « Quand on va dans les services et qu'on demande si vous aviez à choisir entre le métier d'aide-soignante ou de caissières ? Il y a la moitié qui répond caissière. Ça pose quand même question. On ne travaille pas le dimanche, on aurait des meilleures primes. Je pense qu'il y a deux éléments, il n'y a plus les vocations, le font par dépit, savent qu'il y a du travail. Les générations ont changé, c'est plus les mêmes générations et puis les conditions du travail, les échelons sont gelés ». Pour l'attaché aux ressources humaines « le statut du fonctionnaire ne fait plus rêver », elle indique « qu'on a aujourd'hui une vraie problématique d'attractivité au niveau des salaires, on n'est pas attractif, c'est une réalité. Comment on fait pour rémunérer convenablement un infirmier qui a 5 ans d'expérience ? On n'arrive pas à les garder la plupart de ces gens-là, on n'a pas une rémunération assez attractive. On est très mal rémunéré dans le public quand même. On va te dire a contrario qu'on a la garantie de l'emploi ».

Les Instituts de formations peinent à remplir leurs classes, notamment les IFAS, Michel Joubard – président du Geracfac (organisation représentative des IFAS) – indique : « nous avons une diminution drastique du nombre de candidats », en effet à l'échelle nationale, le nombre de candidats est passé de 105 000 en 2013 à 80 000 en 2017, soit une fonte de 25 % selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Alain Ramé – cadre enseignant à l'IFSI-IFAS à l'hôpital Pitié-Salpêtrière – note aussi une évolution des mentalités chez les jeunes générations, moins vocationnelles et plus soucieuses des conditions d'exercice. En presque trente ans de carrière, il a aussi vu augmenter la part des candidats en reconversion, « C'est une formation courte et parmi les moins chères, indique-t-il. De plus en plus souvent, on se retrouve avec des gens sans motivation et qui n'ont pas les qualifications requises ». Le concept de *dirty work*⁷⁵, théorisé par Anne-Marie Arborio, distingue le *dirty work* médical, au cœur de la définition de leurs tâches, par opposition au *good work* médical réservé en premier lieu aux médecins, mais aussi aux infirmières. D'autres facteurs plus profonds sont avancés, tels que le manque d'autonomie et d'identité du métier, Guillaume Gontard, membre de la Fédération nationale des associations d'aides-soignants déplore « à l'heure actuelle, on fait tout ce que l'infirmière ne peut pas faire ». Il appelle « à la reconnaissance du « rôle propre » de l'aide-soignant et au développement de l'expertise, à l'image des assistants de soins en gérontologie ». Pour la cadre du pôle sanitaire, « on a aussi plus de difficultés parce qu'on est en gériatrie », elle ajoute : « on sait que les sortants d'école d'IFSI et d'IFAS préfèrent aller travailler en chirurgie, en maternité. La gériatrie ce n'est pas le premier service qu'on va demander en sortie d'école ». Ces questions ont un large écho

⁷⁵ Arborio A-M, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, coll. Sociologiques, 2001, rééd. 2012, 334 p.. *Corps*, 14(1), 177-180. doi:10.3917/corp1.014.0177.

sur la scène nationale, le Ségur de la santé semble avoir intégré ces problématiques, en témoigne certaines conclusions « Revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD » ou encore « Former plus de soignants dans les filières paramédicales ».

Aux difficultés d'attractivité du métier de soignant, s'ajoute aussi une prise en charge de plus en plus lourde, liée à l'augmentation de l'espérance de vie et une entrée en institution de plus en plus tardive.

2.2.1.2. Une prise en charge de plus en plus difficile pour les soignants

Dominique Libault, pilote de la concertation Grand âge, parle de « *défi démographique du grand âge* »⁷⁶, dans son rapport, il indique que la hausse de l'espérance de vie et l'arrivée des premières générations du baby-boom posent avec acuité la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : après être passée de 6,6 % en 1990, à 9,1 % en 2015, la part des 75 ans et plus atteindra 14,6 % de la population française en 2040. Même si les progrès de la médecine, la prévention et l'amélioration des conditions de vie devraient contribuer à faire diminuer la prévalence, la hausse annuelle du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant de 20 000 à 40 000 par an. Leur nombre s'élèverait à 2 235 000 en 2050, contre 1 265 000 en 2015. 830 000 équivalents temps plein employés seulement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et plus de 63 % des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus. Petit et Zardet soulignent qu'en 2014 la durée moyenne de séjour dans un établissement est de 2,5 ans contre 30 ans il y a 10 ans selon l'ARS Rhône-Alpes. Ces éléments concourent « à *augmenter la pénibilité du travail des personnels, compte tenu des charges physique ou psychologiques demandées par les activités de soins* ». Aussi, l'âge moyen d'entrée des personnes âgées dépendantes dans les structures EHPAD s'accroît inexorablement, il passe de 85 ans en 2008 à 86 ans en 2012. S'ajoute aussi « *des situations sanitaires et sociales sont chaque jour plus complexes, avec des syndromes démentiels, une grande dépendance, des pathologies chroniques* » auxquels les professionnels ne sont pas toujours bien préparés ni formés. La cadre supérieure du pôle médico-social témoigne : « *C'est très compliqué, c'est vrai que l'évolution sociétale avec l'augmentation de l'espérance de vie personnes, une entrée en institution de plus en plus tardive, ils arrivent de façon très dégradée avec des aidants de plus en plus épuisé. Une maladie d'Alzheimer, qui est présente avec des troubles cognitifs assez présents aussi, c'est une charge physique et une charge psychologique, il y a par*

⁷⁶ Libault D, (2019), CONCERTATION – Grand âge et autonomie, https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf

contre des plans de formation pour gérer les troubles du comportement, mais clairement ce n'est pas suffisant. Il faut un étayage assez important ».

La prise en charge dans un hôpital gériatrique génère chez les soignants de nombreux « troubles musculosquelettiques » (TMS), ceux-ci sont définis un ensemble d'affections douloureuses touchant les tissus mous péri-articulaires (muscles, tendons, nerfs, etc.) secondaires à l'hyper sollicitation des membres supérieurs et/ou inférieurs d'origine professionnelle (Chiron et al, 2008)⁷⁷. Ces chercheurs soulignent que les TMS constituent « *l'une des questions les plus préoccupantes en santé au travail et santé publique* » et ils représentent « *un coût humain et socioprofessionnel considérable en termes de douleurs et de gênes dans le travail et de la vie quotidienne, de séquelles fonctionnelles parfois irréversibles, de réduction d'aptitude au travail et de risque de rupture de carrière professionnelle* ». Ils précisent qu'il s'agit « *d'un des enjeux majeurs de la santé au travail dans les dix années à venir, en raison de leur probable augmentation liée à l'intensification des conditions de travail et du vieillissement programmé de la population active* »⁷⁸. La DRH de l'établissement travaille sur des politiques de prévention des TMS, notamment par le déploiement de rails plafonniers qui « *permettent d'éviter toutes les manutentions, tous les transferts des patients et c'est plus rassurant pour le résident et pour le soignant qui peut se concentrer sur son soin* », elle précise que c'est « *un changement de pratique, qu'il faut intégrer et accompagner* ». Il y a aussi eu un vrai travail « *sur les formations à la manutention, faire les bons gestes* ». Elle aimerait également développer « *une logique d'accompagnement professionnel* », en particulier des aides-soignantes pour prévenir les inaptitudes et préparer les reconversions professionnelles, avoir une réflexion à long terme, de parcours, parce que physiquement c'est compliqué, qui se traduirait par une véritable « *politique globale pour les inaptitudes et de maintien dans l'emploi* ». En terme de QVT, elle envisage également « *Une politique pour prendre soin des soignants* », sur les idées un peu innovantes : « *la pratique du sport, avec une salle de sport, promouvoir l'activité physique qui permet aux horaires décalés de pouvoir faire du sport et de maintenir une bonne santé. Et on avait aussi réfléchi au niveau de l'alimentation, on a beaucoup de restes au self, on pensait vendre à prix coûtant les restes du self à emporter, pour que les soignants qui font un horaire de soir, rentrent chez eux et mangent un plat équilibré* ».

Les dispositifs d'attractivité et de fidélisation des soignants sont affaiblis par un certain désintérêt du métier de soignant, à cause d'une rémunération peu attractive et des

⁷⁷ Chiron, E., Roquelaure1, Y., Ha, C., Touranchet, A., Chotard, A., Bidron, P. & Ledenvic, B. (2008). Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé Publique*, vol. 20(hs), 19-28. doi:10.3917/spub.080.0019.

⁷⁸ Lasfargues G, Roquelaure Y, Fouquet B, Leclerc A. (2003), Pathologies ostéoarticulaires par hypersollicitation d'origine professionnelle, Masson, Paris, 141 p

conditions de travail difficiles. D'autres enjeux viennent s'ajouter : l'exigence d'une qualité de travail toujours plus large et aussi l'arrivée des nouvelles technologies en santé, dont les nouvelles générations sont très demanderesse, obligent les établissements à repenser leurs politiques d'attractivité et de recrutement pour s'adapter aux demandes des agents.

2.2.2. Les nouvelles technologies en santé ou la qualité de vie au travail pour attirer et fidéliser le personnel soignant

Face aux difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel, les hôpitaux doivent se réinventer et intégrer des nouveaux concepts dans leurs organisations. Le numérique en santé (2.2.2.1) et la qualité de vie au travail (2.2.2.2) participent activement à attirer et fidéliser le personnel soignant.

2.2.2.1. *Les enjeux du numérique en santé dans l'attractivité et la fidélisation du personnel*

Dans ses travaux, I. Ruellan présente les nombreux rapports portant sur la pertinence de la réflexion sur les innovations technologiques⁷⁹. Dès les années 2000, un groupe de travail de la Société française de gériatrie donnait naissance à la Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie. Le rapport de Vincent Rialle, maître de conférences et praticien hospitalier au CHU de Grenoble, présentait les « *technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des personnes âgées et leur famille* », il a été une source de préconisations pour un développement optimal des gérontechnologies. Pour G. Brami, les EHPAD sont des établissements d'hébergement dans lesquels prévalent les actes et les actions des personnels soignants et hôteliers auprès des personnes hébergées et mettant ainsi en avant la prédominance de la dimension des relations humaines, il apparaît naturel que s'y organise une réflexion sur le degré d'intégration de ce qui est dénommé comme étant des innovations⁸⁰. Les professionnels du social et du médico-social sont appelés à composer avec l'universalité du numérique, avec sa profusion d'innovations technologiques et avec la généralisation d'Internet qui rapprochent et relient un très grand nombre d'individus (Meyer et al, 2019)⁸¹. Dès le début des années 1990, des nouvelles technologies ont été introduites dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, comme des logiciels de

⁷⁹ Isabelle Ruellan, I,(2011) Les gérontechnologies : des technologies nouvelles au service des personnes âgées, de leurs aidants et des soignants, diu formation à la fonction de médecin coordinateur d'ehpad, université Paris 5.

⁸⁰ Brami, G. (2019). L'innovation technologique dans les EHPAD, un processus continu d'intégration technologique dans des structures à forte dimension humaine. *Vie sociale*, 28(4), 145-152. doi:10.3917/vsoc.194.0145.

⁸¹ Meyer, V., Bouquet, B. & Gelot, D. (2019). Introduction. *Vie sociale*, 28(4), 7-19. doi:10.3917/vsoc.194.0007.

gestion ou des logiciels pour suivre le parcours des patients et des résidents. Les agents ont dû s'approprier ces nouveaux dispositifs et adapter leur travail aux nouvelles conditions d'emploi. V. Meyer indique que *« les générations à venir vont grandir équipées et connectées et, ce faisant, elles vont produire de l'information en continu sur les activités les plus diverses de leurs vies personnelles comme professionnelles et que parmi ces changements de comportement qu'induisent les technologies numériques figurent, en tête, la dématérialisation et son corollaire, le partage et la protection des informations »*. La coexistence de différentes générations dans les établissements, certaines faisant face à un véritable « illectronisme » - qui désigne le fait de ne pas posséder les compétences numériques de base (envoyer des courriers électroniques, consulter ses comptes en ligne, utiliser des logiciels, etc.) ou de ne pas se servir d'Internet (incapacité ou impossibilité matérielle) – implique d'avoir des dispositifs adaptés. Selon l'INSEE, 17 % de la population française serait en situation d'illectronisme : 15 % des personnes de 15 ans ou plus (dont 64 % des 75 ans ou plus) n'ont pas utilisé l'internet au cours de l'année écoulée, 38 % manquent d'au moins une compétence de base et 2 % sont dépourvues de toute compétence⁸².

Meyer et ses collaborateurs indiquent qu'il est *« indispensable de proposer des politiques d'inclusion numérique face à la complexité des situations individuelles des professionnels »*. Chez les agents, ils observent *« la permanence d'une fracture, d'un fossé à la fois générationnel, social, culturel et géographique qui peut être source d'inégalités d'accès aux droits. Les objets et dispositifs du numérique peuvent dès lors contribuer à accentuer des inégalités sociales au lieu de les réduire »*. Les établissements doivent prendre en compte plusieurs risques tels que la divulgation, l'utilisation détournée, l'usurpation d'identité, les failles de sécurité. Dès lors, l'enjeu majeur pour les structures est de *« former les travailleurs sociaux et les usagers à la maîtrise des technologies numériques, garantir un humanisme numérique sont le pendant de la confiance dans un monde où l'information est de plus en plus contrôlée et formatée »*. Ces innovations sont profitables pour le patient et le résident, *« C'est la solution pour concevoir le meilleur soin, au bon moment, pour le bon patient, partout sur le territoire »*, explique David Corcos, président de Philips France. En effet, *« l'innovation informatique permet d'enrichir constamment les équipements médicaux. Les objets connectés et les logiciels embarqués apportent des données, qui nourrissent les algorithmes d'intelligence artificielle. Ces technologies apportent une valeur ajoutée pour un meilleur suivi des patients, et pour aider le médecin à poser le plus vite possible le bon diagnostic »*. David Corcos est convaincu que la France est prête pour servir d'exemple : *« Nous rêvons que demain chaque Français puisse prendre sa santé en main grâce à une plate-forme digitale permettant d'accéder à*

⁸² Insee Première n° 1780 - Octobre 2019

son dossier médical, de prendre un rendez-vous auprès de son médecin, de suivre une consultation en ligne ou d'accéder à un programme de prévention »⁸³. La Commission des Affaires Sociales affiche incontestablement une politique bien affirmée sur le sujet des technologies numérique, la mission d'information sur les EHPAD en 2018 indiquait : « *La nouvelle gouvernance devrait en permanence veiller à promouvoir les nouvelles technologies et à simplifier les normes en vue de favoriser l'innovation, avec la proposition 15 : Piloter au niveau de l'administration centrale une stratégie pragmatique de simplification technique et réglementaire en faveur des nouvelles technologies* »⁸⁴. D. Pon et A-L. Coury, dans leur rapport « Accélérer le virage numérique » font état d'un recours au numérique très inégal sur le territoire : « *les outils sont proposés par différents acteurs institutionnels et privés de manière morcelée et souvent peu interopérable. Ainsi, à chaque usage correspond souvent un outil, ce qui complexifie grandement la pratique professionnelle quotidienne. Ce phénomène conduit à ce qu'aujourd'hui les attentes et les besoins les plus basiques des professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou de façon trop parcellaire : échanges d'informations entre soignants autour d'un patient, coordination des professionnels, exhaustivité des informations disponibles sur les parcours de soin, simplification des démarches administratives* ». Cela entraîne des situations d'inégalités quant à la prise en charge des patients et des résidents, les auteurs indiquent « *qu'il manque à ce jour un schéma d'architecture cible des systèmes d'information en santé assorti d'un schéma d'urbanisation fonctionnel et technique fixant un cadre global et opposable qui permettrait d'aligner l'ensemble des acteurs* ». Le Centre Hospitalier peine à intégrer des outils numériques, il n'est pas porteur de projet de e-santé comme la télémédecine, les objets connectés ou l'intelligence artificielle. Il commence à dématérialiser certaines tâches, mais garde encore un fort ancrage papier. Attirer et fidéliser le personnel passe aussi par une adaptation des établissements. Dès lors, il est indispensable d'accompagner la diffusion des innovations permettant d'assurer la transformation du système de santé pour renforcer l'attractivité des établissements sanitaires et médico-sociaux.

L'intégration des nouvelles technologies augmente l'attractivité de l'hôpital, en proposant notamment des outils adaptés et novateurs pour les agents. D'autres dispositifs, comme la qualité de vie au travail, concourent à attirer et fidéliser le personnel.

⁸³ David Corcos, « Les nouvelles technologies du numérique façonnent la santé de demain », *Le Figaro*, 1er février 2019, p. 21.

⁸⁴ Commission des Affaires sociales, Mission d'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad), Paris, le 14 mars 2018, Examen des conclusions de la mission d'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad), Monique Iborra et Caroline Fiat, rapporteuses, document provisoire établi sous la responsabilité du secrétariat de la commission des affaires sociales, p. 50.

2.2.2.2. *La qualité de vie au travail, un concept novateur et plébiscité par les nouvelles générations*

La qualité de vie au travail des soignants en établissements de soin est une préoccupation grandissante, parce qu'ils sont confrontés à une intensification du travail en rapport avec les exigences de productivité, le respect de procédures, et auxquels s'ajoutent le vieillissement des effectifs et un risque de pénurie (Lamy et autres, 2013)⁸⁵. En matière de santé au travail, la fonction publique est passée en plusieurs étapes de la prise en considération des risques psychosociaux à une politique de qualité de vie au travail. C'est la Direction générale de l'administration et de la fonction publique qui a piloté cette évolution, en s'érigeant en tant que responsable de la gestion des ressources humaines de la fonction publique (Masse, 2017)⁸⁶. Pour M. Sibé et D. Alis, en France et en Europe, « *le désarroi grandissant des professions hospitalières est manifeste et les signaux du mal-être au travail sont nombreux : un absentéisme plus élevé que la moyenne nationale, une surexposition aux risques professionnels, les troubles musculo-squelettiques en particulier, mais aussi plus spécifiquement les risques infectieux et d'expositions au sang et un développement des troubles liés aux risques psychosociaux* »⁸⁷. Ils constatent que 40 % des professionnels de santé franciliens seraient sujet au cours de leur carrière à un épuisement professionnels ; Estry-Béhar et ses collaborateurs indiquent que 15% des infirmières et des médecins se déclarent prêt à quitter leur profession⁸⁸. Dès lors, les établissements doivent prendre en compte ces enjeux et développer des politiques adaptées pour leur personnel, notamment des politiques de qualité de vie au travail, qui fait référence « *aux conditions favorables de l'environnement de travail, ayant des conséquences positives pour le plus grand nombre* » (Grosjean, Guyot, 2016)⁸⁹. L'accord-cadre QVT du 12 juillet 2015 indique que la QVT renvoie à « *des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public. L'amélioration de la QVT est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu,*

⁸⁵ Lamy, S., de Gaudemaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A. & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique*, vol. 25(4), 389-397. doi:10.3917/spub.134.0389.

⁸⁶ Masse, M. (2017). Fonction publique, la qualité de vie au travail (QVT) quitte le côté obscur. *Gestion & Finances Publiques*, 3(3), 93-98. doi:10.3166/gfp.2017.00055.

⁸⁷ Sibé, M. & Alis, D. (2016). Chapitre 10. L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. Dans : Roland Coutanceau éd., *Stress, burn-out, harcèlement moral: De la souffrance au travail au management qualitatif* (pp. 131-145). Paris: Dunod.

⁸⁸ Estry-Béhar, M., Braudo, M., Fry, C. & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information psychiatrique*, volume 87(2), 95-117. doi:10.3917/inpsy.8702.0095.

⁸⁹ Grosjean V., Guyot S. (2016). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? Dans *La revue technique de l'INRS*. N. 2142. Janvier/Février/Mars. pp. 6-9.

organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services ».

Au Centre Hospitalier, la cadre supérieure du pôle sanitaire regrette qu'il n'y ait pas plus de réflexions sur cette thématique *« il faut qu'on s'y intéresse parce que c'est un vaste sujet avec beaucoup éléments, et en ce sens, je pense qu'on n'a pas développé l'axe QVT parce que ce sont beaucoup d'autres aspect par exemples les inaptitudes où apparaîtrait les acteurs, que proposer sur l'établissement pour telle ou telle inaptitude. Aujourd'hui ce n'est pas satisfaisant, on ne peut pas fournir de vrais réponses, les agents n'ont pas la bonne réponse à leur demande et à leur état de santé ».* Pour la DRH, la QVT est *« une notion fourre-tout »*, c'est très variable, *« pour certains c'est d'avoir un planning fixe qui change pas trop d'autres ça va être d'avoir des temps au travail de convivialité ».* Elle indique *« c'est bien de faire des choses innovantes mais la QVT c'est aussi avoir des plannings à jour, des trames réglementaires, des congés donnés, qui ne bougent pas. Ça c'est du travail de fond qui participe à la QVT ».* L'hôpital avait mandaté une société spécialisée dans les actions de QVT, après un diagnostic, elle avait formulé des propositions en terme de méthode de résolution de problème, avec une volonté de créer des méthodes de travail et des recherches de solution collective. Pour l'encadrement de proximité, ils ont apporté des vrais outils de management, sur *« comment faire un entretien », « un retour de maladie »*, des outils d'animation de réunion, des ordres du jour. Ce travail doit se poursuivre et se structurer, en commençant par clarifier les organisations de travail, avec des trames réglementaires pour ensuite proposer dans des politiques de QVT sectorisées et réalisables. Pour M. Masse, la santé et la sécurité au travail et la qualité de vie au travail vont constituer *« un enjeu majeur de performance pour la fonction publique, c'est-à-dire un enjeu d'efficience, d'efficacité et de production des services »* mais celles-ci doivent toujours être envisagé sous le prisme des organisation de travail et leurs marges de manœuvres effectives, en effet les S. Volkoff et F. Daniellou indiquent que les stratégies pour faire le travail doivent être *« réalisables, efficaces, transférables sans que cela ne puisse nuire à qui que ce soit. Si ces stratégies ne sont pas ou plus praticables, mutualisables, réalisables, reconnues... on arrive à des échecs cuisants, faute par exemple de possibilité de transmettre correctement les savoirs, les compétences, les connaissances »*⁹⁰. Ainsi, les établissements auront une *« responsabilité sociétale »* pour être à la fois *« les capteurs des réalités du terrain, les analyseurs des situations de travail, les communicants des projets et des réflexions en cours et les fers de lance des propositions pour inventer le travail, les organisations à venir en s'appuyant sur les*

⁹⁰ Volkoff S., Daniellou F. (2015). Travail de qualité, emploi durable, performance durable. Dans Actes de Journées de Bordeaux, Sur la pratique de l'ergonomie. Mars

processus de construction de la santé au travail et de qualité de vie au travail » (Masse, 2014)⁹¹.

L'attractivité et la fidélisation du personnel doivent s'adapter aux enjeux actuels, et notamment répondre aux exigences des nouvelles générations. Les établissements sanitaires et médico-sociaux pourront s'appuyer sur des politiques novatrices, enrichies au niveau organisationnel et individuel **(3)**.

⁹¹ Masse M. (2014b). Responsabilité sociale de l'État-employeur et qualité de vie au travail. Une innovation managériale ?. Dans *Personnel*. N° 550, pp. 72-73. Juin

3. Des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel pouvant être enrichies au niveau organisationnel et individuel pour répondre aux revendications générationnelles

L'étude des concepts d'attractivité et de fidélisation du personnel assorti d'une enquête de terrain a révélé que les nouvelles générations attendent une organisation plus flexible et adaptée à leurs besoins. Les établissements sanitaires et médicaux-sociaux doivent ajuster leurs politiques aux différentes générations coexistant dans la structure, en apportant des consolidations à différents niveaux : au niveau institutionnel (**3.1**) et au niveau individuel (**3.2**). Ces recommandations ont un caractère général et sont facilement transposables dans un autre établissement, elles peuvent être déployées par un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social dans une petite, moyenne ou grande structure.

3.1. Au niveau institutionnel

Au niveau institutionnel, plusieurs leviers sont envisageables pour renforcer les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel. D'abord, un travail sur l'encadrement de proximité (**3.1.1**), l'amélioration des campagnes et du processus de recrutement (**3.1.2**) et enfin la diffusion des nouvelles technologies et des pratiques innovantes (**3.1.3**).

3.1.1. Renforcer l'encadrement de proximité

Recommandation n°1 : Légitimer le manager de proximité en tant qu'interlocuteur privilégié

Les travaux de recherche au Centre Hospitalier ont révélé que la place du manager au sein des organisations était déterminante pour la fidélisation et le bien-être des équipes, ainsi, le manager de proximité doit être reconnu et valorisé. C'est à l'équipe de direction de clarifier les rôles et responsabilités et d'affirmer le « leadership professionnel ». En effet, le manager est celui qui challenge ses équipes en les cadrant, celui qui maîtrise les changements de codes relationnels, celui qui déplace les routines⁹² et qui adapte son management en fonction du soignant, notamment en fonction de la génération. Légitimer le manager de proximité est primordial pour sécuriser les organisations de soins, porter des projets et accompagner les équipes face aux nombreux enjeux du secteur sanitaire et médico-social.

⁹² Attractivité et fidélisation des professionnels, DRASS – ARS Ile de France, Juin 2008

Actions	Illustrations (<i>non exhaustives</i>)
1/ Clarifier les rôles et les responsabilités ;	- Promouvoir et soutenir les équipes d'encadrement lors de réunions, d'événements
2/ Affirmer le leadership professionnel ;	- Concevoir des fiches de poste claire pour les cadres ; - Participation des cadres à des réunions institutionnelles ; - Formations sur les techniques de management, sur la conduite de réunions...

3.1.2. Soigner les campagnes d'attractivité

Recommandation n° 2 : Développer une politique de recrutement incisive et adaptée aux différentes générations

L'établissement gériatrique, domaine moins plébiscité par les soignants, doit soigner sa politique de recrutement pour fidéliser son personnel soignant et entretenir une image valorisante de l'établissement. Il peut construire une politique de recrutement en s'appuyant sur les partenaires locaux comme les IFAS / IFIS, le pôle emploi ou la mission locale. Cette politique de recrutement démarre dès les offres de postes qui doivent être détaillées et fidèles à la future mission jusqu'à l'arrivée du professionnel dans l'établissement et ses premiers jours de découverte. Les politiques d'attractivité doivent cibler toutes les générations présentes sur le marché de l'emploi, des réseaux sociaux aux journaux locaux, celles-ci doivent se déployer via différents canaux de communication.

Actions	Illustrations (<i>non exhaustives</i>)
1/ Faire connaître l'établissement sur la scène locale	- Nouer des partenariats avec les partenaires locaux : collègues, lycées, universités, IFAS, IFSI, pôle emploi, mission locale... - Participer à des journées de recrutement, des forums de l'emploi et offrir des terrains de stage, - Promouvoir l'établissement sur les réseaux sociaux en parlant des projets

	réalisés ou des pratiques innovantes (réseaux sociaux : LinkedIn, Twitter).
2/ Concevoir une politique de recrutement pluridisciplinaire (Service des ressources humaines, Cadres de santé, Blanchisserie...)	<ul style="list-style-type: none"> - Soigner la procédure de recrutement : réactivité, rencontre avec les cadres, rencontre avec un professionnel en poste ; - Rédiger un livret d'accueil comprenant toutes les informations nécessaires ; - Remise d'une fiche de poste détaillée ;
3/ Créer une politique d'accueil des futurs et nouveaux arrivants	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des journées d'accueil ; - Prévoir un tuteur pendant les premiers jours.

3.1.3. Le numérique en santé et l'intelligence artificielle, un enjeu pour les structures.

Recommandation n°3 : Accompagner la diffusion des innovations au sein des établissements

Les innovations, particulièrement les innovations dans le domaine du numérique en santé, participent au renforcement de l'attractivité de l'établissement. Le numérique et l'intelligence artificielle sont omniprésents dans le domaine de la santé, ils permettent d'améliorer la prise en charge des patients et des résidents. Ces technologies peuvent aussi favoriser des pratiques innovantes, atténuer la pénibilité du travail, modifier ou supprimer certaines tâches. De plus, les nouvelles générations maîtrisent parfaitement ces outils numériques. D'autres innovations peuvent être liées aux pratiques, à l'accueil de nouveaux métiers, comme les infirmiers en pratique avancée.

Actions	Illustrations (non exhaustives)
1/ Favoriser et intégrer les pratiques innovantes	<ul style="list-style-type: none"> - Former des agents au diplôme d'infirmiers en pratique avancée ; - Échanger avec d'autres établissements sur leurs pratique ; - Adapter ses pratiques.
2/ Favoriser l'implantation du numérique et de l'intelligence artificielle	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place la télé-médecine ; - Adopter les outils connectés en santé ; - Permettre l'implantation des outils en renforçant la couverture numérique (connexion au réseau internet).

3.2. Au niveau individuel

Au niveau individuel, les établissements peuvent améliorer le parcours professionnel de l'agent, en accompagnant la trajectoire de l'individu dans la structure (3.2.1), en améliorant la qualité de vie au travail (3.2.2) ou en travaillant sur les organisations de travail (3.2.3).

3.2.1. Repenser la trajectoire de l'individu dans l'organisation

Recommandation n°4 : Accompagner la trajectoire de l'agent dans l'établissement

La génération Y réclame plus d'individualisation pour son parcours au sein de l'établissement. Les structures devront porter une attention particulière à la trajectoire des individus dans les organisations, notamment sur les formations, les évolutions professionnelles ou encore les changements de service. La place du cadre de santé est primordiale pour guider le soignant dans sa trajectoire professionnelle, celui-ci le conseille, l'oriente et soutient son développement professionnel.

Actions	Illustrations (<i>non exhaustives</i>)
<i>1/ Développer des politiques de formation professionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prévoir un plan de formation annuel et pluriannuel ;- Prévoir des parcours qualifiants : formations, études promotionnelles, VAE, DU...- Permettre d'approfondir et d'actualiser les compétences et connaissances : formations intra et inter service, abonnement à des revues professionnelles.
<i>2/ Accompagner l'agent tout au long de sa carrière</i>	<ul style="list-style-type: none">- Programmer des entretiens semestriels ;- Être disponible pour échanger avec l'agent sur différentes thématiques ;- Soutien de la mobilité interne

3.2.2. Travailler sur les organisations de travail

Recommandation n° 5 : Renforcer la qualité de vie professionnelle en favorisant des conditions de travail optimales et sécurisées

La qualité de vie au travail participe activement aux politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel, les établissements peuvent mettre en œuvre plusieurs dispositifs qui concilient la qualité des conditions de vie et de travail des agent et la qualité de la prise en charge. Les pistes QVT sont nombreuses et parfois peuvent être coûteuses, elles peuvent néanmoins être financés par le biais d'appel à projets, par exemple, au Centre Hospitalier Gériatrique, les rails plafonniers ont été subventionnés par divers appels à projet.

Actions	Illustrations (<i>non exhaustives</i>)
<i>1/ Considérer l'environnement de travail comme une dimension importante du travail</i>	<ul style="list-style-type: none">- Décoration et rénovation des locaux avec une participation des professionnels dans les choix ;- Renouvellement du matériel usager ;- Création de salle de repos aménagée et conviviale ;- Intégrer les professionnels dans la démarche des projets d'innovations.
<i>2/ Réduire la pénibilité physique des agents</i>	<ul style="list-style-type: none">- Investir dans des aménagements ergonomique et aménager les postes de soins, les chambres (rails plafonniers...) ;- Prévoir des politiques de prévention des TMS et formation à la manutention ;- Favoriser la polyvalence des agents.
<i>3/ Développer une politique sociale</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prévoir des politiques d'accueil des enfants du personnel (crèches)- Renforcer l'accès à l'établissements (Conventions avec les transports, parkings).

Recommandation n° 6 : Aménager les organisations de travail

Les organisations de travail jouent un rôle déterminant dans l'attractivité et la fidélisation du personnel, les établissements doivent, si possible, aménager et adapter leurs organisations aux différentes générations et prévoir des organisations compatibles à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Par exemple, au Centre Hospitalier, la cadre supérieure repense les organisations de travail, notamment sur les horaires de journée qui peuvent aller jusqu'à 21 h 45 pour certains agents.

Actions	Illustrations (<i>non exhaustives</i>)
1/ Repenser les organisations de travail	- Sur la base de réunions de travail pluri professionnelles, proposer des organisations de travail optimale pour les conditions de vie des soignants et la prise en charge des patients et des résidents.
2/ Aménager le parcours professionnel	- Favoriser l'octroi de pauses de carrière ou de congés (parental, temps partiel à faisant l'objet de remplacement (congés sabbatiques, échanges internationaux...) - Mettre en œuvre des mesures adaptés aux professionnels approchant la fin de carrière (réduction du temps de travail, postes adaptés...).

Conclusion

Philippe Lançon, dans son ouvrage « Le Lambeau »⁹³, signe un hommage touchant à l'hôpital public : « *Des gens souvent héroïques, travaillant avec un matériel fatigué qui paraît les renvoyer à leurs maigres salaires, à leurs efforts par vocation, à leurs douleurs masquées et au fait que tout le monde ici, patients et soignants, paraît coûter trop cher à une société dont l'unique pensée de derrière semble être de réduire l'imagination, l'attention et les frais* », mais empreint de vérité car le secteur sanitaire et médico-social peine à recruter et à fidéliser durablement son personnel soignant. Le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran clame à son tour : « *Je connais le dévouement des soignants : leurs métiers sont difficiles, parfois pénibles et le sentiment d'un manque de reconnaissance peut décourager, voire contrarier une vocation* ».

En effet, les dispositifs d'attractivité et de fidélisation des soignants sont affaiblis par un certain désintérêt du métier de soignant, à cause d'une rémunération peu attractive et des conditions de travail difficiles. Le Rapport Libault sur « la concertation Grand âge et autonomie », le rapport El Khomri « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge »⁹⁴, puis les accords du Ségur de la Santé, publiés respectivement en mars 2019, en octobre 2019 et en juillet 2020 sont alarmants sur les difficultés d'attractivité et de fidélisation du personnel. Ils relatent que si « *les pouvoirs publics ont déployé d'indéniables efforts pour tenter de restaurer l'attractivité de métiers du grand âge, en agissant sur deux composantes majeures que sont les formations et la qualité de vie au travail, grâce à la mise en place de réformes, à la mobilisation de financements et à un soutien résolu aux démarches d'innovations technologiques et organisationnelles, ces efforts ont eu des effets limités, en raison de leur caractère dispersé et de l'incomplétude de certaines mesures* ».

Cette étude empirique au sein du Centre Hospitalier révèle que la mise en œuvre des politiques d'attractivité et de fidélisation pour le personnel soignant sont complexes et très variables en fonction des générations coexistant au sein de l'établissement. Cette nouvelle génération est très opposée aux précédentes, ses attentes dans le domaine sanitaire et médico-sociales sont marquées par le désir d'un management de proximité et davantage de flexibilité notamment des organisations de travail plus transversales et adaptables. La fidélisation du personnel est nécessaire pour sécuriser la prise en charge des patients et des résidents, en effet, des départs fréquents, parfois inopinés, impactent

⁹³ Lançon, P., (2020), Le lambeau, Gallimard, 521 p.

⁹⁴ El Khomri, (2020), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge

la stabilité des organisations soignantes. Cet équilibre soignant est d'ailleurs essentiel pour le bien-être du patient ou du résident, pour nouer des relations de confiance avec l'équipe soignante.

La recherche a démontré que certaines pistes d'amélioration sont faciles à actionner pour positionner le Centre Hospitalier comme un établissement attractif et surtout pour fidéliser davantage les agents. D'abord, l'adaptation des politiques d'attractivité, pour les rendre plus incisives et plus visibles pour les nouvelles générations. Ensuite, le renforcement de l'encadrement de proximité notamment, le fait de légitimer le manager en tant qu'interlocuteur privilégié est plus que nécessaire. Pour que les nouvelles générations s'inscrivent dans la durée, il faudra porter une attention particulière à la trajectoire de l'agent au sein de l'établissement, en renforçant aussi les conditions et les organisations de travail. Enfin, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent saisir le virage numérique et moderniser leurs structures pour gagner en attractivité et renforcer la qualité de vie au travail.

Les établissements ne feront pas l'économie d'une discussion sur ces thématiques : face aux difficultés de recrutement et à la pénurie de personnels soignant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et à l'augmentation des personnes en perte d'autonomie, qui passeront de 1,387 millions en 2020 à 1,479 millions en 2025, les directeurs doivent intégrer ces changements générationnels et tourner les structures vers des nouvelles dynamiques. Les conclusions du Ségur de la santé font état des autres défis qui *« appellent les directeurs à redoubler d'efforts », parce que « les défis sont nombreux : faire tomber les murs entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux, lutter avec une énergie nouvelle contre les inégalités de santé, donner plus de voix aux soignants dans la gouvernance des établissements de santé, mieux tenir compte des enjeux environnementaux, mettre le numérique au service de la santé de tous et tout cela dans l'intérêt supérieur des patients et de leur santé ».*

Bibliographie

Articles de presses :

Corcos, D. « Les nouvelles technologies du numérique façonnent la santé de demain », *Le Figaro*, 1er février 2019, p. 21.

Quéguiner, T. La perspective d'être titularisé ne séduit plus les contractuels, Hospimédia, mars 2020

Articles scientifiques :

Abrioux, F. & Abrioux B., 2012, « Comment nuancer l'approche générationnelle des attitudes au travail ? Comparaison plurifactorielle et qualitative de deux générations de salariés d'une entreprise multinationale », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) et Entreprise*, n° 4, 91-109.

Albinger H. S., Freeman S. J. (2000), Corporate Social Performance and Attractiveness as an Employer to Different Job Seeking Populations, *Journal of Business Ethics*, 28, 243-253.

Allen N.J., Meyer J.P. (1991), A three-component conceptualization of organizational commitment, *Human Resource Management Review*, Vol. 1, pp. 61-89.

Bellay, J. (2020). Les ambiguïtés du Ségur de la santé. *Esprit*, juillet-août(7), 21-24. doi:10.3917/espri.2007.0021. Berthon P., Ewing M., Hah L.L. (2005), Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding, *International Journal of Advertising*, 24, 151-172.

Brami G. (2013), Le paradoxe de l'évolution des EHPAD, *Empan*, n°91, p. 56-61.

Brami, G. (2019). L'innovation technologique dans les EHPAD, un processus continu d'intégration technologique dans des structures à forte dimension humaine. *Vie sociale*, 28(4), 145-152. doi:10.3917/vsoc.194.0145.

Brillet, F., Coutelle, P. & Hulin, A. (2012). Quelles trajectoires professionnelles pour la génération Y ? *Gestion 2000*, volume 29(5), 69-88. doi:10.3917/g2000.295.0069.

Cézanne, C. & Guillon, O. (2013). Manifestations, déterminants et conséquences de la fidélité des salariés : une grille de lecture critique. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97(4), 127-143.

Chiron, E., Roquelaure¹, Y., Ha, C., Touranchet, A., Chotard, A., Bidron, P. & Ledenvic, B. (2008). Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé Publique*, vol. 20(hs), 19-28. doi:10.3917/spub.080.0019.

Christensen R. K., Wright B. E. (2011), The Effects of Public Service Motivation on Job Choice Decisions: Disentangling the Contributions of Person-Organization Fit and Person-Job Fit, *Journal of Public Administration Research & Theory*, 21, 723-743.

Condomines, B., Hennequin, E., (2014), Le processus de recrutement pour le candidat et le recruteur, *Coll. Management, Economica*.

Corbin C, Kelley S, Schwartz R, (2001) Concepts in services marketing for healthcare professionals. *The American Journal of Surgery*, , vol. 181, n° 1, pp. 1-7.

Coughlan R., Employee loyalty as adherence to shared moral values, *Journal of Managerial Issues*, vol 17, n°1, 2005, p. 43-57.

Dagnaud, M. (2011). Génération Y: Les jeunes et les réseaux sociaux, de la dérision à la subversion (pp. 7-13). Paris: Presses de Sciences Po.

Dejoux C. et Wechtler, H. « Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management », *Management & Avenir*, n° 43, mai 2011.

Doeringer P.B. et Piore, (1971) M.J., *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*. D.C. Heath: Lexington Books.

Duyck J-Y., Pijoan N. (2010), L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil, *Gérontologie et société*, n°135, p. 187-211.

Edey Gamassou, C. (2012). 13. Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care. Dans : Catherine Courtet éd., *Risques du travail, la santé négociée* (pp. 265-280). Paris: La Découverte.

Eisner S. P. (2005), « Managing Generation Y », *SAM Advanced Management Journal*, 70(4), p.4-15.

Estryn-Béhar, M., Braudo, M., Fry, C. & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information psychiatrique*, volume 87(2), 95-117. doi:10.3917/inpsy.8702.0095.

Fournier, C. (2011). La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis. *Journal d'économie médicale*, vol. 29(6), 323-335. doi:10.3917/jgem.116.0323.

Francis Smith J. (2004), « Surviving and thriving in the multigenerational workplace », *Journal Record* 1, 26 août.

Grosjean V., Guyot S. (2016). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? Dans *La revue technique de l'INRS*. N. 2142. Janvier/Février/Mars. pp. 6-9.

Guillot-Soulez C., Soulez S. (2011), Marketing de recrutement et segmentation générationnelle : regard critique à partir d'un sous-segment de la génération Y, *Recherche et applications en marketing*, 26.

Gupta N. D. (1993), Probabilities of Job Choice and Employer Selection and Male-Female Occupational Differences, *American Economic Review*, 83, 57-61.

Hajdin M., "Employee loyalty: An examination", *Journal of Business Ethics*, vol 59, 2005, p. 259-280.

Hirschman A., *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge Mass: Harvard University Press., 1970.

Jacob R. (2002), « Génération Internet », *Gestion*, vol. 27, n° 2, p. 46.

Jaïdi, Y. Point S. (2011), Décrypter les comportements de recherche d'emploi des jeunes diplômés, *Revue de Gestion des ressources Humaines*, n°81, pp. 39-56.

Kleber, A. & Persson, S. (2016). Fidéliser des managers de la Génération Y: Une étude exploratoire au sein d'un graduate programme. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. xxii(53), 155-186. doi:10.3917/rips1.053.0155.

Lamy, S., de Gaudemaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A. & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique*, vol. 25(4), 389-397. doi:10.3917/spub.134.0389.

Levinson H. (1965) Reciprocation: the relationship between man and organization. *Adm Sci Q* 4:370-390.

Lievens F. (2007), Employer branding in the Belgian Army: The importance of instrumental and symbolic beliefs for potential applicants, actual applicants, and military employees, *Human Resource Management*, 46, 51-69.

- Lissandre S., Abbey-Huguenin H., Bonnin-Scaon S., Arsene O., Colombat P. (2008), « Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie », *Oncologie*, vol. 10, n° 2, p. 116-124.
- Luchak A.A., What kind of voice do loyal employees use ?, *British Journal of Industrial Relation*, vol 41, N°1, March 2003, p 115-134.
- Maclouf E., Belvaux, B. (2013), La notoriété d'une entreprise constitue-t-elle un avantage pour le recrutement ?, 24e Congrès de l'AGRH, Université Panthéon-Sorbonne Paris I, Paris, 17 pages.
- Mahoney C. (2009), Talk Generation Y's language, *HR Magazine*, janvier, 25.
- Masse M. (2014b). Responsabilité sociale de l'État-employeur et qualité de vie au travail. Une innovation managériale ?. Dans *Personnel*. N° 550, pp. 72-73. Juin
- Masse, M. (2017). Fonction publique, la qualité de vie au travail (QVT) quitte le côté obscur. *Gestion & Finances Publiques*, 3(3), 93-98. doi:10.3166/gfp.2017.00055.
- Medina, P. (2010). La communication de recrutement dans le milieu hospitalier. *Communication & Organisation*, 37(1), 103-113.
- Meyer, V., Bouquet, B. & Gelot, D. (2019). Introduction. *Vie sociale*, 28(4), 7-19. doi:10.3917/vsoc.194.0007.
- Meyssonier R. (2006), Les sources d'attachement à l'entreprise, du point de vue du salarié : l'exemple des ingénieurs, *Revue Gestion des Ressources Humaines*, n°60, avril-mai-juin, pp. 49-69
- Moisson V. et Colle R. (2007), Stress et Infirmières : une rupture inévitable ? *Cahier de recherche du CEROG n° 788*.
- Mowday,, Porter, L.W., Steers, R.M. (1982), *Employee-organization linkages*, Academic Press.
- Neveu J.-P. (1996), *La démission du cadre d'entreprise – Etude sur l'intention de départ volontaire*, Paris, Economica.
- Paillé P. (2005), La fidélité au travail : éléments conceptuels sur la relation employé-organisation, *Gestion 2000*, Novembre-Décembre p. 295-309
- Paillé, P. (2010). Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier. *Journal d'économie médicale*, volume 28(3), 101-113. doi:10.3917/jgem.103.0101.
- Parsons P, (2001), *Beyond persuasion: the healthcare manager's guide to strategic communication*. Chicago: Health Administration Press, p. 29.
- Pauget, B. (2012). L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43(1), 25-33. doi:10.3917/pos.431.0025.
- Pavan R. (2010), The Role of Career Choice in Understanding Job Mobility. *LABOUR*, Review of Labour Economics & Industrial Relations, 24, 107-127.
- Petit, R. (2012). Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : Éléments de réponse aux problématiques générationnelles. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 4(4), 3-26. doi:10.3917/rimhe.004.0003.
- Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH*, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.
- Pichault, F & Pleyers, M., 2010, « Pour en finir avec la génération Y...Enquête sur une représentation managériale », *XXIe Congrès AGRH*, Rennes / Saint Malo.
- Pfeffer, J., 2013, « You're still the same : why theories of power hold over time and across contexts », *he Academy of Management Perspectives*, Vol. 27, n° 4, 269-280.

Porter L.W., Steers R.M., Mowday R.T., (1979), The measurement of organizational commitment, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 14, pp. 224-247

Rappin, B. (2018). De quoi la Génération Y est-elle le nom ?. *Communication & Organisation*, 53(1), 133-144

Reichers A.E, (1985), A review and reconceptualization of organizational commitment, *Academy of Management Review*, vol 10, N°3, p. 465-476.

Rhoades L, Eisenberger (2002) R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psych* 2002; 4:698-714.

Saba, T., 2009, « Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses », *Gestion*, Vol. 34, 25-37.

Sardon, J. (2020). De la longue histoire des épidémies au Covid-19. *Les analyses de Population & Avenir*, 26(8), 1-18. doi:10.3917/lap.026.0001.

Sekiou, L., Blondin, L., Fabi, B., Bayad, M., Peretti, J-M., Alis, D., Chevalier, F, (2001), *Gestion des ressources humaines*, DeBoeck Université, collection Management, 2e édition.

So K. S., Orazem P. F., Otto D. M. (2001), The Effects of Housing Prices, Wages, and Commuting Time on Joint Residential and Job Location Choices, *American Journal of Agricultural Economics*, 83, 1036-1048.

Scouarnec, A. (2009), «La prospective des métiers au service des transitions professionnelles : d'une logique du subir à une logique du choisir», *Education Permanente*, n°181, p. 35-45.

Twenge J.M. et Campbell S.M. (2008), « Generational differences in psychological traits and their impact on the workplace », *Journal of Managerial Psychology*, 23, p.862-877.

Volkoff S., Daniellou F. (2015). Travail de qualité, emploi durable, performance durable. Dans *Actes de Journées de Bordeaux, Sur la pratique de l'ergonomie*. Mars

Yeaton, K. (2008), « Recruiting and Managing the 'Why?' Generation: Gen Y », *CPA Journal*, 78(4), p.68-72.

Yee R.W.Y, Yeung A.C.L, Cheng T.D.C, (2009), An empirical study of employee loyalty, service quality and firm performance in the service industry, *International Journal of Production Economic*, vol 124, N°1, p 109-120.

Ouvrages :

Arborio A-M, *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, coll. Sociologiques, 2001, rééd. 2012, 334 p.. *Corps*, 14(1), 177-180. doi:10.3917/corp1.014.0177.

Arthur, M.B., Rousseay, D. (1996), *The boundaryless career, a new employment principle for a new organizational era*, New York, Oxford University Press.

Attias-Donfut, C. (1998). La notion de génération : Usages sociaux et concept sociologique, *L'Homme et la société*, Année 1988, 90, pp. 36-50.

Barret R, (2003), . *Libérer l'âme de l'entreprise. Bâtir une organisation visionnaire guidée par les valeurs*. Bruxelles, Paris : De Boeck, p. 83.

Bender A.-F. (2009), Le rapport au temps de travail des jeunes salariés, in *En âge de travailler—recherches sur les âges au travail*, Ed. AGRH – Vuibert, 197 pages, p. 65-79.

Cadin, L., Bender, A.F., De Saint-Giniez, V. (2003), *Carrières nomades : les enseignements d'une comparaison internationale*, Paris, Vuibert.

Furnham A, Taylor J. (2004) *The Dark Side of Behaviour at Work*. London: Palgrave Macmillan.

Hall, D.T. & associés (1996), *The career is dead, long live the career!* San Francisco, Jossey-Bass.

Lançon, P., (2020), *Le lambeau*, Gallimard, 512 p.

Lasfargues G, Roquelaure Y, Fouquet B, Leclerc A. (2003), *Pathologies ostéoarticulaires par hypersollicitation d'origine professionnelle*, Masson, Paris, 141 p

Morely, C., Bia Figueiredo, M., Baudoin, E. & Salierno, A. (2012), *La generation Y dans l'entreprise*, Pearson, 256 pages

Peretti J-M. (1999), *Dictionnaire des Ressources Humaines*, Editions Vuibert.

Thévenet M. (1992), *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Editions Liaisons.

Chapitre d'ouvrage :

Commeiras N., Fournier C. (2003), *Un aspect fondamental du management de la force de vente : l'étude de la rotation des commerciaux*, 2003, *Encyclopédie des Ressources Humaines*, coordonnée par J. Allouche, Vuibert, pp. 590-598.

Sibé, M. & Alis, D. (2016). Chapitre 10. *L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail*. Dans : Roland Coutanceau éd., *Stress, burn-out, harcèlement moral: De la souffrance au travail au management qualitatif* (pp. 131-145). Paris: Dunod.

Rapports administratifs ou de recherche :

ARHIF, Juin 2008. *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2010), *Rapport, Qualité de vie en EHPAD – de l'accueil de la personne à son accompagnement* (volet 1).

Commission des Affaires sociales, *Mission d'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad)*, Paris, le 14 mars 2018, *Examen des conclusions de la mission d'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad)*, Monique Iborra et Caroline Fiat, rapporteuses, document provisoire établi sous la responsabilité du secrétariat de la commission des affaires sociales, p. 50.

DRAAS, *Référentiel d'aide, Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*.

El Khomri M, (2019), *plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

Libault D, (2019), *CONCERTATION – Grand âge et autonomie*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf

Travaux d'étudiants :

LEROUX N., 2014, *L'attraction, le recrutement et la fidélisation des ressources médicales : l'exemple d'un Centre Hospitalier du Sud-Ouest de la France*, Rennes, *Mémoire de fin d'étude*, Attaché d'Administration Hospitalière, EHESP, 61p.

RUELLAN I., (2011) *Les gérontechnologies : des technologies nouvelles au service des personnes âgées, de leurs aidants et des soignants, diu formation à la fonction de médecin coordinateur d'ehpad*, université Paris 5.

Liste des annexes

Annexe n°1 - Feuille de recrutement du Centre Hospitalier	II
Annexe n°2 - Affiche de recrutement pendant la crise sanitaire.....	III
Annexe n°3 - Entretien avec la Directrice des ressources humaines.....	IV
Annexe n°4 - Entretien avec l'Attaché aux ressources humaines	IX
Annexe n°5 - Entretien avec la cadre supérieure du pôle médico-social	XII
Annexe n°6 - Entretien avec la cadre supérieure du pôle sanitaire.....	XVII



CENTRE
HOSPITALIER
GÉRIATRIQUE
du Mont d'Or



Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or
6 Chemin Notre Dame
69250 Albigny-sur-Saône

L'hôpital du Mont d'Or à Albigny-sur-Saône RECRUTE

- Des aides – soignants ;
- Des infirmiers ;
- Des agents des services hospitaliers.

⇒ *sur des contrats de vacations ou en CDD*

Pour candidater, envoyez votre CV à l'adresse suivante :
rh-recrutement@ch-montdor.fr

Si vous avez des questions, vous pouvez nous joindre à ce numéro : 04 72 08 08 31



*L'Hôpital est desservi par le **BUS 43** (Départ de la Gare de Vaise). Descendre à l'arrêt « Centre Hospitalier Mont d'Or ».*

Annexe n°3 - Entretien avec la Directrice des ressources humaines

Peux-tu présenter brièvement ton parcours professionnel ?

« Brièvement, ça va être court, du coup je suis rentrée à l'École de la santé en 2016 après un diplôme de Science po. J'ai pris un poste de directrice de deux EHPAD en direction commune au 1er janvier 2018 en Saône et Loire, de 60 et 82 lits pendant donc 1 an et demi et ensuite j'ai pris le 1er juin 2019 le poste de Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Gériatrique X ».

Peux-tu préciser le rôle d'une DRH dans un centre hospitalier ?

« Alors les missions d'une DRH sont donc de traiter l'ensemble des thématiques qui ont rapport avec la carrière et la situation des agents qui sont employés dans l'établissement donc le recrutement, l'affectation, l'évolution de carrière, les situations de maladie, les situations diverses de la carrière : temps partiel, avancement et puis la retraite ou le départ de l'établissement ».

Quelle définition poses-tu sur la fidélisation et l'attractivité ?

« C'est dur comme question... (rires). Il y a deux choses, il y a l'attractivité et la fidélisation. Je dirais que l'attractivité tout simplement donner envie à un professionnel de venir travailler au CHG. Attractivité qui peut se situer sur différents points en fonction des personnes, certains pour qui c'est l'aspect géographique qui va jouer, d'autres c'est l'aspect spécialité qui va jouer, il y a bien entendu la réputation de l'établissement, il y a la disponibilité de poste et le niveau de rémunération très clairement aussi. Et au niveau de la fidélisation, là on est sur une autre dimension, c'est-à-dire comment réussir à garder les gens chez nous. Là encore, c'est un spectre qui est assez large et qui va varier en fonction des sensibilités de chacun, certains ça va être l'évolution, les perspectives d'évolutions salariales, les perspectives d'évolution de statut, avoir un CDI ou être mis en stage, il y en a d'autres qui vont être sur le projet de service, par exemple on a une spécialité onco-gériatrique, ça peut être un argument pour certaines personnes. On a un hôpital de jour, on a des unités fermées, donc ça peut être un projet professionnel et plus largement un projet de service, lié à la dynamique du service. Certains agents vont me dire la cadre et le chef de pôle portent un projet de service c'est un élément de motivation. S'il n'y a pas ce projet, certains vont peut-être s'ennuyer ou manquer de perspective. Et puis enfin, il ne faut pas négliger la gériatrie et en particulier en EHPAD, les gens qui ont une fibre, la fibre de travailler avec les personnes âgées et qui veulent être en EHPAD ».

Plus précisément, le rôle d'une DRH dans le processus de recrutement et de fidélisation du personnel ?

« Alors, moi dans ma conception, dans le recrutement, le rôle de la DRH est d'effectuer un contrôle : respecter les effectifs qui nous permettent de rentrer dans le budget, il y vraiment un aspect budgétaire, c'est-à-dire la masse salariale étant la première dépense d'un établissement, elle doit être maîtrisée et ça c'est le rôle du DRH de dire oui ou non en fonction du budget. Déjà il y a cette première étape. Sachant que pour préciser, le besoin de l'établissement est remonté par les cadres, dans le sens où c'est les cadres supérieurs qui vont me dire « ça on a vraiment besoin ». Et à ce moment-là on va dire oui dans le budget actuel on va se le permettre mais il faut enlever un autre poste ailleurs. Donc contrôle au niveau de la masse salariale dans le recrutement. Validation finale de tous les recrutements, alors très concrètement, je vérifie pas qui va où, je ne vais pas vérifier le profil de la personne globalement par contre j'interviens sur la durée des contrats et les contrats pérennes. Mon attention se porte sur un en gros si on propose un CDI ou une mise en stage, que ce soit bien sur un poste vacant qui répond à un besoin permanent ».

Est-ce qu'il y avait une politique spécifique sur l'établissement et notamment des pratiques historiques ?

« Sur le recrutement oui, c'était très confus ici. Il y avait une sorte de pratique qui était 3 mois CDD, puis 3 mois CDD puis CDI. Est c'était une politique qui ne me convenait pas dans le sens où ça répond pas à la logique de dire si un besoin permanent ou à un poste vacant ; donc ça c'est une politique que j'essaye de déconstruire. ».

Ça fait un peu plus d'un an que tu es en poste, peux-tu nous parler des modifications que tu as mises en œuvre ?

« Alors déjà il y a eu un gros travail avec le nouvel encadrement de proximité, donc les deux adjoints des cadres et l'attaché. Déjà restructuration au niveau des recrutements, des circuits. Donc ça c'était la première étape. On a aussi beaucoup travaillé sur les étapes du recrutement et d'identifier qui fait quoi au niveau de chaque recrutement, avec quels outils, remettre les étapes et les outils : soit à construire, soit à reprendre, soit déjà existant. Avec comme objectif d'avoir une participation plus active des cadres dans le recrutement puisque à terme j'aimerais que cadre fassent les recrutements pour leurs propres services, parce que l'agent il ne vient pas candidater au CHG, il vient candidater en SSR, en EHPAD, en USLD et parfois même à Amandier ou à Bruyère. Ce n'est pas la même chose, donc j'aimerais que les cadres fassent les entretiens de recrutement pour voir si la personne a les qualités qui correspondent au service et aux particularités du service. Et que la RH fasse l'aspect suivi des besoins en recrutement, publication des offres, recueil des candidatures, pré sélection et derrière le suivi des contrats et des renouvellements. Et à terme pour aller encore plus loin avec la mobilité c'est-à-dire la mobilité des agents à l'intérieur de l'établissement. Donc ça c'est une procédure que j'essaye de mettre en œuvre.

En parallèle, sur un aspect plus stratégique, à l'extérieur de l'établissement, j'avais travaillé en lien avec la métropole avec un chargé mission emploi local, puisqu'on faisait face à des problématiques de recrutement, à un déficit de recrutement de personnels. L'idée était de nouer des partenariats notamment avec les acteurs de l'insertion pour éventuellement avoir des recrutements et des projets avec les personnes accompagnées. Voilà ce qu'on avait fait aussi, qui est intéressant, c'est qu'on avait au niveau des EHPAD. Peut-être je vais remettre le contexte, on est dans un contexte pénurie AS / IDE, avec beaucoup d'ASH FF. L'idée était de mettre en place un parcours diplômant, avec plusieurs étapes ; à savoir déjà une formation effectuée par l'IFAS de Neuville, une formation rapide de 3 jours qui reprennent les certaines thématiques de la formation AS en accéléré, sur la toilette, les éléments sur la particularité de la personne âgée pour les former un minimum et leur permettre d'entrer ensuite sur un parcours qualifiant notamment via la VEA. Donc parcours qui se serait poursuivi ensuite avec la VAE collective. L'idée c'est d'avoir un groupe qui va préparer une VAE, accompagné par des formateurs qui vont les aider à rédiger leurs livrets, à préparer les oraux, parce que la VAE c'est quelque chose qui est difficile, et seul ça demande énormément de travail et ça peut être très décourageant pour les agents, qui ont parfois les capacités mais qui vont échouer sur la partie rédaction. Cette formation on l'a achetée auprès de l'IFAS de Neuville qui nous ont fait une formation sur mesure et pour la VAE collective c'est un prestataire privé qui fait de l'accompagnement.

Ça c'était l'aspect EHPAD, et on avait un élément sur le sanitaire, qui fait face aux mêmes difficultés, alors il y a très peu de faisant-fonction mais qui était sérieusement entrain de l'envisager, on a mis en place un dispositif de tutorat porté par les cadres, avec un AS qui ferait fonction, qui serait tuteuré par deux aides-soignantes de deux équipes différentes avec des objectifs de compétences à atteindre, avec l'éventail d'autonomie.

Pour les campagnes de communication, on avait fait faire des affiches pour être visible sur les forums, dans les forums de l'emploi ou les IFSI, donc ça les forums, ce sont souvent les cadres de santé qui y vont, le service RH prépare des éléments sur la fiche de poste, les éléments de rémunération et les cadres présentent l'établissement et les services. On communique aussi avec les IFSI, on avait prévu une visite des IFSI et des IFAS dans l'établissement pour qu'ils connaissent l'établissement, qu'ils puissent identifier des lieux de stage et ainsi accueillir plus de stagiaire, ce qui peut permettre derrière des embauches. Et puis on devait avoir une visite toujours de rendre visible l'établissement on devait avoir tous les acteurs de l'emploi local qui venait visiter l'établissement pour se rendre compte de ce qu'est un hôpital gériatrique.

Aussi, on fait un accueil, en particulier pour les étudiants d'été qui viennent pour leur expliquer le fonctionnement de l'établissement et les tâches qui leurs seront confiées ; l'idée ça serait d'aller plus loin et d'avoir tout au long de l'année une journée d'accueil du nouvel arrivant. On n'a pas de livret d'accueil du nouvel arrivant, j'ai recruté de science po Lyon qui doit venir cet été travailler sur le livret d'accueil.

Aussi, avoir davantage de lisibilité sur les perspectives en interne, avec ce fameux tableau des effectifs, que les agents qui sont recrutés sachent s'ils sont sur un poste vacant ou sur un remplacement, parce que ça ce n'est pas forcément clair et qu'ils sachent quels sont les perspectives qui peuvent s'offrir à eux s'ils donnent satisfaction dans leur travail ».

Peux-tu établir un diagnostic sur le recrutement, notamment les corps de métiers qu'on recrute plus facilement et d'autres en plus grande tensions ?

« Les difficultés sont les mêmes partout, j'avais les mêmes difficultés dans les EHPAD où j'étais précédemment, il n'y a rien de particulier au CHG au niveau des difficultés de recrutement. Ce sont les infirmiers/infirmières et aides-soignants diplômés. Tout simplement parce qu'il y a beaucoup de besoins sur le territoire, ce sont des métiers qui sont difficiles, qui sont à la fois peu qualifiés, peu reconnus, peu rémunérés mais difficiles physiquement et psychologiquement, faut avoir des gens qui ont la vocation et ça c'est difficile à trouver. Et puis le déficit d'attractivité des métiers de soins qui est pour moi lié au niveau de rémunération. Je pense que c'est la pénibilité physique, forcement liée à la médicalisation, physiquement, c'est fatiguant. Sur les EHPAD où j'étais, on était en reconstruction, justement j'avais ajouté au projet la mise en place de rails de plafond, l'idée était d'avoir une collaboration avec la CARSAT, l'idée était d'avoir un contrat de prévention, qui permettait d'avoir un financement de rails et j'avais fait une demande de CNR. Et c'est vrai que les Rails ça permet d'éviter toutes les manutentions, tous les transferts des patients et c'est plus rassurant pour le résident et pour le soignant qui peut se concentrer sur son soin. Ça c'est vraiment la première chose à faire pour prévenir toutes les TMS. Après l'éternel problème avec les rails, c'est que ça tombe en panne et que les moteurs se déchargent. C'est un changement de pratique, qu'il faut intégrer et accompagner.

Après au niveau TMS, prévention des TMS, on avait travaillé sur les formations à la manutention, faire les bons gestes. Et après si on veut aller plus loin, c'est le lien entre santé au travail et l'hygiène de vie, et notamment la pratique du sport, le suivi par un ostéopathe par exemple.

Taux de turn over, fidélisation ?

« On a un turn over est assez fort. Le chiffre est un chiffre et il faut aller l'analyser derrière. Pour le coup, il y a un vraiment un changement de génération, qui me semble réel, à une époque quand on rentrait dans un établissement, on y faisait carrière et on y restait toute une vie. Aujourd'hui, ce n'est pas les projets professionnels des gens, qui veulent évoluer, faire plusieurs services. Ce sont des parcours qui sont courants, donc le turn over il existe, il doit être analysé dans le sens où il y a aussi des départs de personnes mécontentes, de personnes qui déménagent ou qui veulent évoluer dans d'autres spécialités ».

Qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place ? Quels sont les grands chantiers que tu aimerais mettre en place ces prochaines années ?

« Une politique pour prendre soins des soignants. Sur les idées un peu innovantes, la pratique du sport, avec une salle de sport, promouvoir l'activité physique qui permet aux horaires décalés de pouvoir faire du sport et de maintenir une bonne santé. Et on avait aussi réfléchi au niveau de l'alimentation, on a beaucoup de restes au self, on pensait vendre à prix coutant à emporter les restes du self à emporter pour que les soignants qui font un horaire de soir, rentrent chez eux et mangent un plat équilibré.

Et après pour aller encore plus, j'aimerais bien avoir une logique d'accompagnement professionnel, en particulier des aides-soignantes pour prévenir les inaptitudes et préparer les reconversions professionnelles, avoir une réflexion à long terme, de parcours, parce que physiquement c'est compliqué. Toutes les reconversions qui peuvent être faites sur des postes, d'animatrices ou de DPI. Mais ce n'est pour moi une politique globale pour les inaptitudes et de maintien dans l'emploi. Il y a des choses qui peuvent être pensées, sur les tâches hôtelières par exemple, qui peuvent aussi faire partie d'un renforcement de la qualité hôtelière, qui est quelque chose qui est attendue par les usagers, mais ça demande une réflexion plus globale et une réflexion budgétaire. Et ça veut aussi dire que sur les soignants vont peser toutes les prises en soin difficile si on les décharge de toutes les tâches hôtelières. On a un risque d'épuisement chez les soignants. Ces politiques sont difficiles car on a des gens qui ont très peu de qualification, la reconversion est très limitée. Donc, l'accompagnement des carrières, avoir une culture d'entreprise et accompagner les parcours professionnels ».

Est-ce que ces outils sont performants sur toutes les générations recrutées ? Ou est-ce qu'il a des outils / dispositifs différents en fonction des générations ? (Exemple : canaux de recrutement ?)

« Oui, sur les réseaux sociaux. La limite, c'est que je pense que ça demande une vraie compétence voir même une appétence à la communication sur les réseaux sociaux. Et puis c'est une culture qui

n'existe pas encore dans les établissements. Donc, oui pour aller toucher des publics plus jeunes mais de toute façon toutes nos offres sont publiées informatiquement. Après je pense que l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur en étant à la fois présent sur forums, à la fois ouvert à la visite donne une matérialité qui est nécessaire, même au temps des réseaux sociaux, on peut avoir des générations qui fonctionne avec les réseaux sociaux mais s'ils ont la possibilité de venir voir, je pense que c'est aussi important. Et sur les personnes plus âgées, il y en a quand même beaucoup qui se sont mises à l'informatique. »

Est-ce que des mécanismes classiques de fidélisation comme la titularisation intéressent toujours (prime de service, sécurité de l'emploi) ?

« Alors c'est très difficile de dire l'impact sur la jeune génération au sens général du terme, parce que c'est très variable. Il y a un intérêt à la titularisation parce que le statut est plus protecteur et au bénéfice des agents. Le combat syndical est de promouvoir la titularisation. Je suis en accord avec cette politique-là dans le sens où on est un établissement public, donc on doit avoir des agents publics et les contractuels doivent être à la marge. Après il y a des gens que ça n'a intéressent pas, c'est pas la majorité, qui préfèrent un CDI, pour pouvoir démissionner plus facilement et pouvoir changer d'établissement. Mais c'est à la marge, sur toutes les propositions de mise en stage que j'ai fait référencement, seul un a refusé. Un contractuel peut négocier son salaire, à nous de mettre une limite. Et je veille à ce que les contractuels ne soient pas mieux payés que les titulaires. On valorise l'ancienneté. Au niveau des rémunérations, ASD, IDE, ASH on n'est pas en si grand décalage avec le privé, on paye même parfois mieux ».

La QVT a elle un réel impact sur la fidélisation du personnel ? Retour sur l'intervention de la société « Vivement Lundi ».

« La QVT c'est difficile, c'est une notion fourretout. Beaucoup de gens voit ça comme du bull shit et puis ça peut se jouer, la QVT pour certains c'est d'avoir un planning fixe qui change pas trop d'autres ça va être d'avoir des temps au travail de convivialité. Là encore, différents éléments. Pour moi, mon point de vue, c'est bien de faire des choses innovantes mais la QVT c'est aussi avoir des plannings à jour, des trames réglementaires, des congés donnés, qui ne bougent pas. Ça c'est du travail de fond qui participe à la QVT.

Pour la société Vivement Lundi, il y a eu plusieurs moments où ils étaient à coté, par contre plusieurs propositions en terme de méthode de résolution de problème, qui change un petit peu du côté très hiérarchique hospitalier, avec une volonté de créer des méthodes de travail et avec une recherche de solution collective, ça c'était intéressant. Et aussi ils ont apporté pour l'encadrement de proximité des vrais outils de management, sur comment on fait un entretien, un retour, des outils d'animation de réunion, des ordres du jour. Et ça, accompagner l'encadrement de proximité, ça c'était intéressant.

Pour moi la lourdeur administrative permet d'assurer la continuité de l'institution, les démarches sont là pour protéger les agents et protéger les établissements. Les protocoles, les évaluations, ont un intérêt pour la permanence de l'organisation. Et je ne pense pas que ce soit un élément majeur, pour moi l'élément majeure c'est la pénibilité physique, psychologique et les modalités de management. Je dirais que la fidélisation passe par du matériel à disposition, des perspectives, un plan de formation intéressant, une perspective d'emploi pérenne et une ambiance au travail correcte et à cela on peut ajouter des salles de pause sympa, qui montre une attention portée aux conditions pour les agents, dans cet ordre-là.

L'aspect communication de l'établissement sur l'attractivité et la fidélisation joue et c'est une carte qu'on joue peu. Mais ça demande des compétences qu'on n'a pas ici. Ça demande beaucoup de temps. Il faut une harmonisation, une stratégie de communication ».

Pour terminer, une question plus spécifique à la vague COVID-19 sur le recrutement. Comment as-tu géré l'arrivée soudaine de la crise sanitaire, qu'as-tu mis en place dans le service RH ?

« J'avais une élève directrice (rires). Alors la première étape était l'annonce de la fermeture des écoles, très subitement, qu'il a fallu gérer du jour au lendemain, parce que les personnes se sont retrouvées sans solution de garde ; avec mise en place d'autorisation exceptionnelle d'absence qui ne pénalise pas les agents et avoir un suivi des agents, pour les aider à trouver des modes de gardes et assurer aussi la continuité des soins. Deuxième étape, mise en place de tous les gestes barrières. Ensuite on a eu à gérer deux éléments, l'absentéisme lié au covid et donc en conséquence les besoins en recrutement. En parallèle, limiter le nombre de personne présente, donc la nécessité de

Camille WEBER - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020

mettre ne place une organisation en télé travail. Tout ça été géré en urgence, le télétravail a été facile à mettre en place mais difficile au quotidien pour certaines personnes, du fait d'une connexion internet peu adaptée dans les domiciles. Ça a aussi révélé que certains postes étaient possibles et même intéressant pour les agents, d'autant que c'était un sujet qu'on avait pour projet avec le directeur. Avant la crise, j'étais en train de travailler sur un protocole de télétravail. C'est une question qu'on se posait et qui a été accélérée et ça donne des pistes pour la mise en œuvre. Après c'est adapté à chaque poste et à l'avis du chef de service pour les postes où c'est possible. Pour moi ça doit être une option, possible et activable par les personnes.

Au niveau des recrutements, on a enlevé des étapes de validation pour que ça aille plus vite et puis généraliser le recours à l'intérim et à medgo. Sur le suivi de l'absentéisme, tu as fait un tableau de suivi qui nous a permis d'avoir un suivi des agents, pour suivre les gens et sortir des chiffres. Et puis l'adaptation à chaque situation individuelle, on a eu pas mal de situation individuelle à gérer. On a bien amélioré les modes de communication avec les cadres de santé au niveau des absences et les retours, et ça j'aimerais bien conserver post crise.

Ce que je voudrais post crise, c'est de reprendre tous les éléments du quotidien qu'on a laissé de côté : les instances, CAPL, les recours gracieux. Reprendre ce qu'on avait mis de côté dans l'urgence. Il faut porter une attention aux équipes, qu'elle souffle un peu parce qu'on va avoir un contrecoup de la crise.

Au niveau de la direction, ce qui a été difficile à gérer, c'est les réactions des gens pendant la crise, plus que la crise elle-même. On n'a pas été bon sur la cellule de crise, je ne serais pas en mesure de dire pourquoi. On n'a pas été bon en communication ».

Annexe n°4 - Entretien avec l'Attaché aux ressources humaines

Peux-tu présenter brièvement ton parcours professionnel ?

« Très brièvement, je suis rentrée dans la FPH en qualité de contractuelle, dans le cadre d'une mission d'intérim et je n'ai plus quitter l'hôpital public. J'ai passé différents concours, j'ai travaillé à l'AP-HP et hors AP-HP. Sur des fonctions de secrétariat, de responsable de bureau, notamment des commissions paritaires. Et puis, comme RRH depuis 2011 dans des établissements MCO ou non ».

Peux-tu préciser le rôle d'une AAH dans un centre hospitalier ?

« C'est un peu compliqué, cela dépend du DRH, de la taille de l'établissement. Un RRH dans un CHU va avoir un périmètre différent d'un RRH qui est un petit hôpital. Là où j'étais à Paris, j'avais parfois une délégation et un périmètre plus étendu qu'ici : je recevais beaucoup plus les organisations syndicales, on avait une délégation sur la campagne de notation. Globalement, un RRH, c'est celui qui anime et manage son équipe, qui va coordonner le travail et qui aura des missions plus techniques en règle général. Il contrôle, évalue, modifie ou l'aménage le travail rendu. Ici on travaille en binôme avec la DRH, ce qui est très positif. On réfléchit beaucoup à l'organisation de l'équipe, parce que avant il n'y avait pas vraiment d'organisation ou de management, de feuille de route vraiment établie ».

Quelle définition et quelle conception poses-tu sur la fidélisation et l'attractivité, et en quoi c'est important pour l'hôpital ?

« Alors pourquoi, quand on arrive à fidéliser des professionnels, il me semble qu'il y a un impact dans la prise en charge des patients, quelqu'un qui est là pour 1 mois, pour 4 mois, qui n'a pas de visibilité pour son avenir ou qui ne veut pas rester, a priori n'aura peut-être pas le même engagement. Donc fidéliser oui, ça impacte évidemment la prise en charge. Et puis plus largement, au niveau RH pur c'est beaucoup plus simple en terme de gestion des carrières. En terme de cohésion d'équipe pour les cadres, quand on a une équipe stable, c'est plus sécuritaire pour les uns et les autres, ça crée une cohésion, et pour mener des projets, dans les unités ou mêmes au plan institutionnel, c'est plus facilitateur plus constructif. Et puis en terme d'image, un établissement qui a beaucoup de turn over ça peut interroger en interne et en externe ».

Plus précisément, le rôle d'une AAH dans le processus de recrutement et de fidélisation du personnel ?

« Alors, au niveau du recrutement, c'est moi qui vais veiller à ce qu'on recrute bien et à bonne escient, je vérifie les CV et puis je vérifie que c'est identifier à un besoin etc. Fidélisation, ça serait de veiller à la carrière et à la paye des agents. Après c'est une politique RH, on a une feuille de route, on met combien d'infirmiers en stage cette année, ça c'est le volet stratégique politique, donc ça c'est plutôt la DRH. On noue des partenariats, on est en contact avec les IFSI et les IFAS, on a des étudiants qui viennent chez vous. Et puis, le cadre de santé joue un rôle très important en dehors des professionnels qui accueillent ces étudiants, le cadre peut capter, parce que c'est lui qui les voit sur le terrain. C'est plutôt la Direction des soins et donc les cadres paramédicaux, c'est eux qui peuvent capter et fidéliser et derrière nous il faut être réactif. C'est important pour eux qu'on réagisse très vite quand on a des demandes de recrutements, alors pas du jour au lendemain mais qu'on soit réactifs ».

Est-ce qu'il y avait une politique spécifique sur l'établissement et notamment des pratiques historiques ?

« Culturellement, les demandes de recrutement arrivent au fil de l'eau, sur des besoins qui ne sont pas toujours bien identifiés et sur des durées de contrat qui ne sont pas toujours les bons. Et en face pas de gestion des effectifs, clairement, ils ne gèrent pas les effectifs, c'est une difficulté pour suivre les effectifs, pour maîtriser ou tenir la masse salariale. Et puis c'est une autre difficulté, on peut avoir 3 infirmiers à Capucine, donc il y en a un de trop et il m'en manque au XX et je pourrais le basculer au XX et contenter le besoin. En fait, gérer les effectifs, ce n'est pas que mathématique, il est bien évident qu'on a des contraintes financières mais on a des patients à prendre en charge. C'est presque la dichotomie entre les injonctions qu'on a clairement, avec une baisse des dotations, avec un ODAM très serré et on nous demande de faire de plus en plus de qualité, les différentes réformes

hospitalières nous contraignent énormément, il faut être la sécurité, et qualité et en même temps on demande d'être vraiment très regardant sur la masse salariale, ce qui est normal, il faut maîtriser. Et pour cela on a dû réorganiser. Et on réorganise, on réfléchit et on arrive au bout du bout, on a des gens qui craquent et donc fatigabilité, arrêt long et là il y a eu des impacts financiers ».

Question 5 : Ça fait un peu plus d'un an que tu es en poste, peux-tu nous parler des modifications que tu as mises en œuvre ?

« Alors moi j'ai voulu qu'on ait un tableau des contractuels bcp plus complet, avec le tableau des colonnes : deadline, affection, motif du recrutement. On voulait des tableaux de bords. On voulait travailler sur les accidents de travail ou de trajet, c'est un enjeu très important, on sait que c'est compliqué parfois, là encore il y a un enjeu et un signal à donner, je veux tous les voir, il y a beaucoup plus de de saisine, qu'il y avait auparavant, clairement on émet un doute et on veut avoir des avis complémentaires. On a modifié pas de fiche, pas mal de documents interne : de mobilité, de recrutement. On a mis en place une réunion hebdomadaire avec l'équipe, il n'y en avait jamais avant, un encadrement très différent, complètement renouvelé ».

Peux-tu établir un diagnostic sur le recrutement, notamment les corps de métiers qu'on recrute plus facilement et d'autres en plus grande tensions ?

« Alors les grandes tensions ça va être les kinés, pourquoi parce qu'ils peuvent bosser en libéral, et qu'ils sont beaucoup mieux rémunérés ou en intérim. Ça va être pareil pour les infirmiers, tous les rééducateurs, les manip, les aides-soignants. Et ils vont au plus offrant. Mais c'est pas que la rémunération parce qu'il y a un sens au travail chez la plupart de ces professionnels. Pour les dernières générations, ils veulent de bonnes conditions de travail, les locaux, une crèche, l'environnement, l'accès avec les transports publics, il y a plein chose qui joue. Et en gros, pourquoi on n'arrive pas à les garder ? Je crois que je dirais que le statut du fonctionnaire ne fait plus rêver. Quelqu'un qui arrive peut négocier son salaire et il va avoir intérêt à le faire que d'être mis en stage. On essaye vraiment d'aligner les salaires. Je crois que pour répondre plus largement, je crois qu'on a aujourd'hui une vraie problématique d'attractivité au niveau des salaires, on n'est pas attractif, c'est une réalité. Comment on fait pour rémunérer convenablement un infirmier qui a 5 ans d'expérience ? On n'arrive pas à les garder la plupart de ces gens là, on n'a pas une rému assez attractive. C'est très volatile, le rapport à l'employeur n'est plus le même, les gens sont mobiles. Il y a différent paramètre et il y a la rému. On est très mal rémunéré dans le public quand même. On va te dire a contrario qu'on a la garantie de l'emploi ».

As-tu des explications sur le taux de turn over de l'établissement ?

« Le taux de turn over n'est pas plus élevé qu'ailleurs, pas plus d'absentéisme qu'ailleurs. C'est une problématique générale liée à plusieurs choses, tout d'abord de la statut de la FPH qui est protecteur, on peut être en arrêt maladie pendant 3 mois, on est payé complètement, le rapport au travail qui a changé, on est plus dans la génération Y, on n'a plus le même attachement à son employeur ou à son secteur d'activité, il y a une mobilité presque culturelle, on est là aujourd'hui on est ailleurs demain, pas forcément pour mieux ou pour être mieux payé d'ailleurs, mais pour engranger des expériences, changer. Et puis une réalité quand même, on a beaucoup contraint l'hôpital public depuis des années, au niveau des effectifs et au regard de la T2A et il est vrai que c'est une réalité du terrain, je pense que pour les professionnels vieillissants, c'est une vraie difficulté, on n'a pas du tout les mêmes dotations qu'on a pu avoir il y a une bonne dizaine d'années, donc fatigabilité. On a du matériel ergonomique comme partout, on a bien sûr les aménagements de poste au regard des avis et recommandations du médecin du travail, mais aujourd'hui on n'a pas une véritable politique encore par rapport à ça.

Qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place ? Quels sont les grands chantiers que tu aimerais mettre en place ces prochaines années ?

« En terme de fidélisation, je trouve qu'on a un levier extrêmement important, c'est la formation professionnelle et ça peut être un levier. Ça peut être une sacrée politique. Alors quand même, l'hôpital public est moins ascenseur social qu'avant. Mais il l'est encore. Ça c'est un avantage qu'on a n'a pas dans le privé, pas de la même manière. La réglementation du public nous contraint beaucoup plus. On a un grand chantier, plutôt porté par la DRH, sur l'inaptitude et le reclassement. Ça c'est un énorme chantier. Aussi sur le temps de travail, c'est-à-dire mieux gérer le temps de travail, puisque c'est un peu le bordel. Comme passer pour certains en 12 h, pour les jeunes. Et puis, une Direction des soins. Il en faut une, c'est une certitude ».

Est-ce que ces outils sont performants sur toutes les générations recrutées ? Ou est-ce qu'il a des outils / dispositifs différents en fonction des générations ? (Exemple : canaux de recrutement ?)

« Ce n'est pas toujours au niveau des générations, c'est aussi au niveau des qualifications et du niveau. En fait tu vois, une infirmière va passer par la FHF, des aides-soignants via le pôle emploi, donc les canaux ne sont pas les mêmes en fonction de la génération et du niveau de qualification. On a tous les canaux et on pas mal de candidature spontanée. On avait envisagé de publier dans les magazine spé mais c'est très chers les publications ».

Est-ce que des mécanismes classiques comme la titularisation intéressent toujours (prime de service, sécurité de l'emploi) ou tu remarques un turn-over fréquent lié à des explications générationnelles ?

« La sédentarité moi je dirais, j'arrive dans un établissement et je vais y faire ma carrière. Mais en fait c'est lié, c'est ça qui était compliqué, avant on faisait sa vie autour d'XXXX, on n'est plus là-dedans globalement, mais on a plus envie de travailler dans la même boîte pendant 30 ans. Les gens ne l'envisagent pas, ne le comprennent pas ».

La QVT a elle un réel impact sur la fidélisation du personnel ? Retour sur l'intervention de la société « Vivement Lundi ».

« On avait la QVT et globalement on n'avait pas d'impact. On faisait des campagnes annuelles, on faisait venir des food truc, faire du yoga. C'est bien. Mais quand on n'est pas sur une vraie volonté, et une vraie politique annuelle. Les gens n'y croient pas, les gens trouvent que c'est du foutage de gueule, quand t'arrive pas avoir tes week-end, quand tu travailles dans des locaux détériorés, vétustes, quand t'as un turn over de cadre, pas de stabilité.

On est en retard par rapport à ce genre de chose, en France on est en retard par rapport à ce genre de chose, on parlait autrefois du tutoiement et du vouvoiement, dans les culture anglo-saxonne on se tutoie, on est en retard. On est encore dans on a des horaires qu'il faut respecter, on n'autonomise pas, on ne responsabilise pas assez. Même si on a des corps métiers compliqués, mais se donner les moyens et investir dans une très belle salle de repos, ça peut être sympa, ça fait partie d'avoir un beau cadre, quand même agréable.

La QVT ça pourrait être « avoir des groupes de parole ». On a un évènement, hop un groupe de parole. Il n'y a pas beaucoup de projet ici.

Pour terminer, une question plus spécifique à la vague COVID-19 sur le recrutement. Comment as-tu géré l'arrivée soudaine de la crise sanitaire, qu'as-tu mis en place dans le service RH ?

« On a voulu protéger, dans le service et dans l'établissement, on peut vraiment dire qu'on a été très réactif au niveau des professionnels, via la médecine du travail, via la mise en place du télétravail. Et pour ceux qui étaient là physiquement, une personne ou deux max dans un bureau. Pour les recrutements, on a rappelé des gens au chômage, des retraités, on a inondé tous les instituts, on a relancé, la mission locale, on a vraiment recruté très largement pour soutenir les équipes. Et en interne, on s'est même réorganisé, on a mis des agents en grande partie sur le recrutement, on a mobilisé les ressources .

Cette crise, je pense que ça crée de la solidarité, de la cohésion, une équipe qui vit ça et qui la prouvé, qu'elle était pro active, on en ressort pas de la même manière. Dans les fameux projets, le gros projet c'est ça quand même, le projet de polyvalence dans l'équipe RH, de moins sectoriser moi, j'aimerais fluidifier ça à terme. Réel réunion, part de leur besoin, pour la semaine prochaine on recrute, c'est le bordel, on perd du temps. On y va pas à pas ».

Annexe n°5 - Entretien avec la cadre supérieure du pôle médico-social

Pourriez-vous me résumer brièvement votre parcours professionnel et le rôle d'une Cadre supérieure de santé ?

« Je suis de filière infirmière, depuis 2001. A l'issue de mon diplôme j'ai d'abord travaillé en clinique privée, puis rapidement je suis allée aux HCL, à l'hôpital de la croix rousse, dans un service de chirurgie digestive, dans lequel je suis restée 4 ans. Ensuite j'ai eu ma fille et j'ai décidé de muter dans un endroit proche de mes parents, j'ai fait un choix de vie privée. Je suis arrivée au CHG en 2006, d'abord en tant qu'infirmière, à temps partiels et après en qualité de faisant fonction de cadre dans les services de long séjour. En 2008, j'ai passé mon concours d'entrée en école des cadres, je suis partie à l'école des cadres en 2009. Je suis revenue en 2010, j'ai travaillé en tant que cadre de proximité en médecine, puis sur d'autres services, j'ai la volonté de pas mal bouger. A un moment donné c'était très compliqué parce que c'était très conflictuel au niveau de l'établissement et j'ai été en mission transversale sur l'ensemble de la direction, puis j'ai été chargée de mission plus en lien avec la certification sur le pôle sanitaire. La certification s'est très bien passée, dans un contexte pas facile, un peu malsain, avec des tentatives de sabotage. Donc la certification, niveau A, on était super content. Fin 2017, une grosse problématique au XX, avec un gros conflit social, des CHSCT perpétuels, des grèves, un taux d'absentéisme important, l'intervention inspection du travail, des cas maltraitance, avec deux enquêtes administratives. Un climat managérial nauséabonde, une défiance de la direction des soins vis-à-vis de la direction générale. Un site isolé, loin de la maison mère. Donc après discussion avec la direction, j'ai été chargée de mission sur l'EHPAD du XX. Des cadres en arrêt, un taux d'absentéisme de l'ordre de 50%, des pratiques soignantes pas adaptées et pas respectueuses du bien-être des résidents. Une mission un peu difficile, où je n'étais pas voulu ou attendue. Donc j'ai mis en place différents dispositifs pour étudier le fonctionnement des EHPAD : en lien avec les organisations, les pratiques de soins, les outils, les interfaces avec différents les services. On a fait beaucoup de réunions, j'ai rendu un rapport de missions avec plan d'actions proposées, qu'on a mis en œuvre avec un tableau. J'ai détaillé ce qui était important pour moi, tant au niveau des pratiques de soins, que des relations interpersonnelles, des conflits d'équipes, on a mis en place des choses en prenant en considération leurs difficultés, d'un point de vue sociologique c'était très important, de dire qu'on s'occupe de vous. On a mis en place pas mal d'actions pour ce qui était pratique de soins : je m'étais dotée d'un mannequin de soins, je faisais faire par des pairs soignants des formations de bases, on a mis en place la chambre des erreurs, des actions QVT, avec la RESC « prendre soin de ceux qui soignent », des temps d'analyse de la pratique. Suite à ça, j'ai été nommée cadre de pôle en février 2019, avec le médecin coordonnateur, on a rédigé un projet de pôle et j'ai été nommée cadre supérieure de pôle en octobre en 2019. On a remis en place des organisations saines, avec un renforcement du rôle des cadres de santé, on a mis en place des binômes de deux cadres, qui fonctionne à deux pour éviter les clivages. Elles sont force de propositions, plusieurs actions mises en place pour être partie prenante dans différentes améliorations. En cas de difficultés, on associe les acteurs à la résolution de problème, on fait des réunions, on met en place des référents, on met en place des réflexions sur les outils et les processus, c'est important de faire participer les acteurs et les associer, après charge de nous de prendre une décision, de mettre en place une période d'évaluation et après des rajustements si besoin. Ça avait fonction fonctionner, on a pu avoir plusieurs projets et d'avoir des leviers : chambre des erreurs, le RESC, les formations par des pairs, le poulailler, ça été intéressant du point de vue managérial parce qu'on a eu de la résistance au changement, du syndicalisme. On s'est heurté à des difficultés de mise en place. Voilà pour l'EHPAD XX, pour les deux autres départs, les acteurs sont différent, l'architecture est différente, pas le même type de management. Sur santal, il faut connaître l'historique, c'était une cure médicale, ce n'est pas adapté pour des personnes très lourdes et dans le lequel on mettait des personnes en inaptitude. On n'a pas un effectif adapté à la charge en soins, clairement c'est un EHPAD où on peut être en difficulté en lien avec l'architecture et la lourdeur des résidents. On se heurte aussi à une problématique de non diplômé, de faisant fonction, qui fait qu'on doit avoir une certaine vigilance au niveau des pratiques de soins et vérifier qu'il n'y a pas de glissement de tâches. Le cadre réglementaire n'est pas si clair : statut du médicament, statut des FF, ce qu'on a le droit de faire. On sait qu'on est face à une pénurie d'AS. Pour la problématique d'attractivité, j'avais décidé de mettre en place un dispositif avec un axe de 11 propositions pour pallier cette problématique de manque d'attractivité, des dispositifs de contrat de pro en alternance, le coopatage avec une prime, ça pouvait être aussi la délégation de tâches et le protocole de coopération, la volonté de travailler avec les IFAS pour développer les compétences des faisant fonction d'aide-soignant pour qu'on soit sécuriser. C'était aussi en lien avec la ANFH pour les VAE collective, parce que les VAE c'est très lourd et pour monter un dossier de VAE ce n'est pas simple,

seul c'est très compliqué. L'ARS a mis en place un groupe pour qu'il puisse y avoir un groupe, une synergie pour arriver à un but. »

Quel rôle jouez-vous dans le processus de recrutement du personnel ?

« Déjà il y a l'identification des besoins. Il faut faire attention dans le processus de recrutement, on est face à des effectifs cibles, en lien avec les organisations et avec les compétences qu'on peut avoir. Identification des besoins, remontée des besoins et des compétences à la cellule de recrutement. La cellule de recrutement qui suit un tableau et en fonction on recrute. Moi là où je suis vigilante c'est dans le respect de la convention tripartite. Quand on a cette masse de personnels, on a vite fait de dépasser la convention et pour autant la qualité d'appréciation ne sera pas meilleure. Les soignants fonctionnent de façon directive, ils ont des fiches de poste, ils savent quoi faire. Si on a besoin de 6 aides-soignantes le matin, si on a une 7^{ème} il faut lui donner des missions spécifiques, sinon le travail ne sera pas mieux fait. Le fait d'augmenter en nombre peut désorganiser le service, donc je suis vigilante là-dessus. Et inversement, le taux absentéisme peut plomber les organisations, et épuise les équipes. En ce sens, je suis vigilante dans les commissions d'admission, pour la charge en soins. J'avais travaillé sur l'optimisation du taux d'occupation des lits, on se heurtait à une problématique, un taux d'occupation pas bon, on a mis en évidence plusieurs problématiques, notamment un délai trop important entre le jour où le lit se libère et le jour où on remplit le lit. On attendait que le lit se libère pour organiser des visites de préadmission, donc le délai était rallongé. J'ai mis en place des visites de pré admission en amont de la libération des lits et que les médecins ne participent plus aux visites de préadmission. On s'est rendu compte que le secteur n'était pas suffisamment large donc on avait élargi le secteur. On a travaillé sur une communication, on a créé un triptyque de communication, j'avais fait avec une aide-soignante une vidéo de présentation des EHPAD et on s'est doté d'un nouvel outil en Commission d'admission médico-social, un outil de répartition de charge en soin, c'est-à-dire qu'une fois par mois, le bureau des entrées édite une répartition des GMP par unité si bien que j'essaie de répartir équitablement les GIR en fonction des effectifs et des connaissances que j'ai sur le terrain. J'ai eu beaucoup de résistance, des tracs et quand on peut, il faut essayer de mobiliser les acteurs, les associer. Mais parfois il faut y aller tout seul. »

Quel rôle jouez-vous dans le processus de fidélisation du personnel ?

« Une cadre sup de santé joue un rôle au niveau de l'encadrement, qui donne des grandes lignes managériales pour guider les cadres sur leur positionnement et leur façon de traiter des problématiques. En lien avec le personnel, les cadres de santé sont là dans l'accompagnement, on doit être humain, on doit être dans la compréhension de la situation de l'autre. Essayer de trouver des solutions. Je crois beaucoup au gagnant-gagnant. Sans pour autant être permissif. Quand l'agent se rend compte qu'on fait des efforts, qu'on essaie de trouver des solutions, ils s'investissent, se rendent compte qu'on est dans une relation respectueuse et les agents s'investissent au mieux dans leur mission.

Quand il y a des problématiques de comportement professionnels, il faut rappel du cadre, il faut des objectifs fixés, ça c'est l'encadrement de proximité. Je ne reçois pas des agents en première attention. Il faut conforter d'abord l'encadrement de proximité. Quand je reçois des demandes, j'y répond en disant que je ne reçois qu'en deuxième intention, je ne désavoue pas le cadre de proximité. J'insiste beaucoup au niveau managérial, moi à mon sens, tout soignant est une compétence en devenir, il faut donner les moyens à la personne de développer ce qu'elle peut être, en lui donnant une certaine autonomie. Il faut un management humain et bienveillant.

Quel rôle la fidélisation des soignants tient-elle dans l'organisation des soins, quels sont les impacts d'un turn over important ?

« La fidélisation dans l'organisation est important, ça permet de consolider les bases de l'organisation, d'améliorer la qualité des soins, d'avoir du personnel fiable sur qui on peut compter. On sait qu'on est dans des milieux de travail pas facile, dans lesquels il peut y avoir de l'usure physique, professionnelle. On a une problématique d'attractivité mais aussi de raccourcissements des carrières, avec des inaptitudes qu'il faut gérer. La fidélisation c'est important mais si les personnes ne restent pas, l'environnement joue énormément.

C'était quoi la deuxième question ? Alors le turn over, ça nous met dans une situation de stress importante, nécessité d'accompagner systématiquement les nouvelles personnes, baisse en prestation des qualités à l'usager, il y a un sentiment de perte de confiance des familles, pas de référence, pour les familles c'est important d'avoir des agents qu'ils connaissent, reconnaissent et en qui ils ont confiance. C'est important pour le résident, le fait d'avoir des repères, c'est sécurisant. »

Quelles difficultés rencontrent les cadres pour organiser le service avec un nouvel agent ? Combien de temps lui fait-il pour être en autonomie sur son poste ?

« La problématique avec un nouvel arrivant, c'est qu'il faut l'encadrer et on est déjà à flux tendu aux niveaux des effectifs, ça nous demande un effort pour libérer quelqu'un. Un nouvel arrivant, il y a toute la phase d'adaptation, de connaissance de l'environnement, du matériel, du logiciel, des soins et des fiches d'évaluation des pratiques professionnels. Il y a aussi toute la phase d'intégration dans un collectif, dans une équipe, cette notion d'appartenance à un groupe, d'où les moments collectifs, des moments d'échange, de rassemblement et de partage de valeurs communes qui sont très importants. Parfois on a l'impression que les agents ne font rien, mais il y a tout ce qui non verbal, informel qui jouent. Tous les temps des soignants après la relève, en pause repas, qui permettent de décharger au niveau charge mentale. Je crois qu'elle s'appelait Anne-Marie Arborio⁹⁵, elle avait écrit sur le « dirty work des aides-soignants », c'était sur la dégradation du niveau des tâches. Il y a eu toute une chronologie de délégation des tâches malsaines, dont personne ne voulait, ça avait commencé avec le médecin qui avait délégué à l'infirmière la prise de température rectale. Et l'infirmière qui a délégué à l'aide-soignante les toilettes et la gestion des selles. »

Les difficultés de recrutement de l'hôpital, quelles sont les raisons qui l'expliquent à votre sens ?

« Le salaire, les conditions de travail, les cycles de travail, la pénibilité, la reconnaissance sociale ».

Un renouvellement du personnel a-t-il des effets bénéfiques sur l'organisation des soins (Nouvelles pratiques, changement de configuration de personnel ?)

« Je pense que le renouvellement de personnel est positif, permet d'avoir un œil nouveau. On peut avoir des personnes qui nous surprennent avec des rapports d'étonnement, à force de voir des choses, on ne voit plus l'invisible. C'est des personnes qui peuvent être force de proposition et qui bénéficient d'une certaine naïveté dans leur réflexion. Souvent ils sont forcés de propositions et veulent mettre en place des nouvelles choses, donc pour le coup je pense que c'est intéressant d'avoir des personnes nouvelles. Un agent doit être à mon sens être mobile.

Y a-t-il à l'inverse, des effets négatifs quant à la pérennisation d'un personnel sur une durée très longue.

« Les agents ne repensent plus le soin, en fait ils font les choses de manière très taylorienne, des choses de manière répétitive, sans pour autant se re-questionner sur le sens de ces actions. Les personnes sont là depuis très longtemps, font les choses machinalement. D'où le fait que j'essaie de mettre en place des projets novateurs, un peu décalés mais c'est aussi pour les bousculer dans leurs pratiques professionnels. Quand on a mis le poulailler, la chambre des erreurs, c'est des choses qu'on avait jamais faites et les soignants se sentent utiles différemment. Dans tous ces nouveaux projets, j'ai toujours trouvé des personnes très investies.

A votre échelle, quel mettre en place pour fidéliser le personnel ?

« Je pense beaucoup au management par projet, mais en faisant attention à la façon dont on amène les choses, il faut être dans la valorisation des personnes, de donner des marges de manœuvre, d'être dans la reconnaissance. Pour eux, la reconnaissance d'une personne est plus parlante que la reconnaissance financière. Il y avait eu des études qui avaient été faites. Un bel exemple c'est de demander à l'équipe du XX de venir pour faire le dépistage, la symbolique de venir gérer tout le dépistage et tout le dispositif ça avait son sens pour moi, c'était une façon de les remercier, qu'elles se sentent responsables, autonomes. L'effet inverse c'est qu'il n'y ait pas de sentiment de toute puissance. Et comme on est sur 3 EHPAD, il faut faire attention aux jalousies. Il y a des conflits interpersonnels.

Toutes les actions de qualité de vie au travail, je pense que c'est important, des petites choses peuvent faire en sorte que l'agent se sente pris en considération. Tous les temps d'échange collectif pour montrer une cohésion équipe et développer ce sentiment d'appartenance à un groupe. Le fait d'avoir une certaine disponibilité, je reçois les agents sur rendez-vous, je leur donne un temps

1 ⁹⁵de Barros, F. (2016). Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, coll. Sociologiques, 2001, rééd. 2012, 334 p.. *Corps*, 14(1), 177-180. doi:10.3917/corp1.014.0177.

et on échange et dans la mesure du possible, si je peux trouver une solution je la trouve en fonction de ma marge de manœuvre.

Il y a tout ce qui est aussi relatif à la promotion professionnelle, on est dans un milieu où l'évolution professionnel ou l'ascenseur social est important. Et le parcours professionnalisant joue son rôle aussi, des ASH qui sont devenus aides-soignants, infirmiers... L'accès à la formation est important. On a un gros pôle formation qu'on utilise à bon escient. Je m'étais aussi basée sur un outil de l'ANAP : Fidélisation et attractivité en EHPAD, permet de faire diagnostic organisationnel et mettre en place un plan d'action détaillé.

Pensez-vous que les dispositifs de recrutement et de fidélisation « classique » n'attirent plus les jeunes générations : titularisation, stabilité de l'emploi, crèche... ?

« La génération change, on est soumis à un stress permanent, parce qu'ils peuvent ne pas revenir l'après-midi, comme on est tenu d'assurer la sécurité des soins, on est sur le fil du rasoir quotidiennement. Après il faut réussir à mettre en place toutes les nouvelles technologies assez rapidement parce que c'est une génération smartphone, Facebook, Instagram. Être sur les réseaux sociaux et revoir la temporalité, on est dans une sorte de bureaucratie hospitalière où tout changement est très long ou quand on envoie une demande, sous format papier, ça peut être traité sous plusieurs jours, il faut être dans la réaction, dans la réponse assez rapide. Et aujourd'hui, il faut accepter que les agents soient comme ça, il faut qu'on s'adapte. Il faut trouver des nouveaux moyens de faire fonctionner ces organisations en lien avec les réalités de terrains. Il y a aussi à mon sens, se poser la question des organisations de soins qui date de plusieurs dizaine d'années, proposer des organisations évolutives, des toilettes l'après-midi, dire que le champ de possibles est là et pas s'interdire de penser différemment. En école d'infirmière on est très accablé sur les 14 besoins de Virginia Anderson, dans lequel on a les démarches de soins, on fonctionne avec les démarches soignantes, relèves, je pense que qu'il faut bousculer, dans une petite structure ce serait possible, faire un audit à 360, où on se met à la place des personnes, se dire on fait de l'immersion, se dire pourquoi ça fonctionne et pourquoi ça ne fonctionne pas. Et après se dire quelles sont nos possibilités et on essaye. Malheureusement on est dans des grosses structures qui réduisent nos marges de manœuvre. Notre établissement est gigantesque, ce qui fonctionne à un endroit ne fonctionnera pas sur un autre site, on est soumis et contraint du fait d'être rattaché à un CH. On n'a pas tant de marge de manœuvre. Je ne gère pas de la même façon en fonction des sites, pas du tout le même temps, c'est un temps qui est évolutif en fonction des sites, besoin d'accompagnement différent. Je les associe à la réflexion, très pratique. Il faut que le directeur s'investisse et c'est là que les agents ont confiance ont nous. Et beaucoup de travail, une réorganisation perpétuelle, repenser les soins. En tant que cadre de pôle, j'ai une vision globale et gestion globale de l'EHPAD et pas uniquement la filière paramédicale. »

Les évolutions sociétales (augmentation de l'âge d'entrée, certaines médicalisation structures, personnes souffrant syndrome démentiels dans services non dédié) : les équipes étaient préparées à ça ?

« C'est très compliqué, c'est vrai que l'évolution sociétale avec l'augmentation de l'espérance de vie personnes, une entrée en institution de plus en plus tardive, ils arrivent de façon très dégradée avec des aidants de plus en plus épuisés. Une maladie d'Alzheimer, qui est présente avec des troubles cognitifs assez présents aussi, c'est une charge physique et une charge psychologique, il y a par contre des plans de formation pour gérer les troubles du comportement mais clairement ce n'est pas suffisant. Il faut un étayage assez important. A ces problématiques de troubles de comportement s'ajoutent d'autres difficultés, les problématiques d'agressivité des familles, qui sont plutôt dans un sentiment de culpabilité, il faut déceler la demande réelle sous la demande apparente. Ce sentiment d'agressivité est plutôt en lien avec le sentiment d'abandon. Des personnes veulent garder la gestion du linge de leurs parents, toute la symbolique de gestion du linge, ils ont l'impression de s'occuper affectivement de leurs parents. Les familles ont besoin d'avoir un temps d'échange, de considérations de leurs statuts, il y a une symbolique de gestion. »

Pouvez-vous nous parler de la crise COVID-19 et des actions que vous avez dû mettre en place ?

« Ça été compliqué la crise covid, parce que c'était dans un climat d'anxiété, on ne se savait pas où on allait. Ce qui a été plus compliqué que de rendre compte que ce virus on ne le connaît, on sait pas comment il évoluait. Et à côté de ça, avant même d'avoir les effets du covid, on avait les informations de l'ARS, attention de prévoir un taux d'absentéisme à 20%, ils étaient très prévoyants sur ce qui allait arriver, on ne l'a pas vu venir tout de suite. Au mois d'avril, on s'est retrouvé en grande difficulté sur l'unité Alzheimer dans lequel il y a eu 50% de taux d'absentéisme, énorme. En

plus de ce sentiment d'anxiété, il fallait trouver des remplaçants gérer l'absence, gérer l'angoisse des soignants, garder son sang froid et faire attention que le virus ne se propage pas au sein des EHPAD. On n'a pas été aidé du tout par le pôle sanitaire, ça été très compliqué, on a eu des cellules de crise qui étaient plus éprouvantes qu'aidantes. On a sollicité le pôle sanitaire, qui ont commencé à vivre la crise après nous, qui étaient avec des services fermés, des soignants en plus, des effectifs majorés au niveau médical et paramédical, nous on avait des services saturés. Ça a été un non. Ça a été compliqué à vivre, parce qu'on s'est dit, dans la difficulté on s'est retrouvé tout seule. On a sollicité l'HAD, parce qu'on n'est pas des services de médecines, on a une infirmière pour 50 résidents. On a dû mettre en place des organisations, essayer de rassuré au maximum les soignants. Et en fait, la vague nous est passée dessus, les soignants ont été très aidants, les cadres ont été très aidants. Et l'ensemble du personnel a compris le sens de l'action collective et accepté de faire des missions qui n'étaient pas leurs missions principales, il y a eu beaucoup de solidarité au sein des équipes, avec un partage au niveau de cette charge mentale, ce qui fait que les soignants se sont aidées les uns et les autres. Le fait d'avoir un soutien extérieur, des banderoles, des repas, la direction, les pompiers qui viennent faire une haie d'honneur, cela a fait que les soignants ont senti du soutien, ça leur a permis de tenir.

En tant que cadre supérieure, je me suis dit, il ne faut pas que je prenne les mauvaises décisions. Il fallait faire attention aux répercussions. Après la crainte, une hyper grosse charge de travail, j'étais exténuée, psychologiquement et physiquement ça a été éprouvant. Les familles, qui ne sont pas auprès des résidents, les décès, la gestion des décès dans des sacs housses, sans pouvoir avoir de rites funéraires. C'est triste. Ce que je retiens, moi au niveau des EHPAD, je m'efforce de maintenir une solidarité au niveau des équipes et une certaine bienveillance dans le travail, sans ça on ne peut pas travailler correctement. Quand les gens ne se retrouvent plus, il faut partir. Notre management doit être bienveillant pour bien soigner nos résidents. »

Annexe n°6 - Entretien avec la cadre supérieure du pôle sanitaire

Pourriez-vous me résumer brièvement votre parcours professionnel et le rôle d'une Cadre supérieure de santé ?

« Mon parcours professionnel a commencé à XX en 1985 en tant qu'aide-soignante, ensuite, 10 ans après je suis entrée à l'école d'infirmière, 10 ans après j'ai commencé à faire fonction de cadre, je suis partie à l'école des cadres, je suis revenue en EHPAD puis ensuite en médecine. Ensuite, j'ai eu des missions transversales pôles, j'ai fait un master 2 Gestion et management des pôles hospitaliers et j'ai été nommée ensuite en lien avec la durée de mes fonctions cadre de santé, cadre supérieure de santé.

Sur le rôle de la cadre supérieure de santé, alors l'évolution des dernières années, le gros changement de ces dernières années, je pense qu'avant la cadre supérieure était partout et nulle part, ce n'est pas très claire je pense sur le rôle de la cadre supérieure. Avec l'arrivée des pôles, c'est beaucoup plus cadré et beaucoup plus cadrant. C'est une transversalité sur l'ensemble des prises en charge et en soins et de sécurité, de cette qualité qu'on va avoir auprès du patient de cette prise en charge et de sécurité. Les missions du cadre du pôle, qui sont transverses, qui sont dans l'accompagnement des managers, pour justement porter des projets, pérenniser, sensibiliser et accompagner les équipes au niveau des prises en charge et encore plus loin améliorer les prises en charge. Moi, ma satisfaction professionnelle, elle est près du terrain, je ne pourrais pas intégrer une place stratégique institutionnelle, ça ne me correspond pas. »

Quel rôle jouez-vous dans le processus de recrutement du personnel ?

« Ces derniers mois, j'ai beaucoup échangé avec l'attaché aux ressources humaines et on a travaillé sur ce qu'on pourrait améliorer dans ce processus. Dorénavant c'est beaucoup plus fluide, on a les bons interlocuteurs. Aussi, il y a l'aspect identification des besoins, c'est beaucoup plus compliqué et c'est un suivi quotidien au niveau du pôle. Mme L. travaille 60% et moi à 40%, on tient à jour un tableau où on a tous les effectifs, départs, arrivées, ceux qui changent de service. On identifie les postes vacants mais qui ne sont pas forcément tout de suite proposés, mais on les pointe, et au départ on met des CDD. C'est ce qui nous permet de savoir où on est. A côté de ça, on a tous les lundis, la mutualisation, en lien avec l'absentéisme, et ça permet de remplir un tableau d'absentéisme long, court. Ce qu'on remplit tous les lundis, on remplit les besoins. Ça nous permet de toujours être au clair. Ces outils, c'est un gain de temps, une synthèse. En mutualisation, c'est important qu'on recueille toutes les données pour identifier les besoins. Je me sers aussi du tableau qu'à fait les RH. J'aimerais suivre le tableau de RH avec le tableau des effectifs. C'est l'outil de partage entre les RH et moi. Je le mets à jour et je le renvoi. C'est un outil très important et très appréciable. »

Quel rôle jouez-vous dans le processus de fidélisation du personnel ?

« Je pense que c'est un aspect qu'il faut qu'on travaille. Ce n'est pas un axe qu'on a travaillé encore, il faut qu'on le travaille. D'abord parce qu'il a fallu reposer le cadre à sa place, manager d'une équipe et responsable des organisations de soins, responsable de la GTT, des RH. Parce que ça a été oublié et effacé et depuis des années. Dans les services de soins, le cadre n'existait. La priorité a été de re-légitimer le cadre en tant que cadre, interlocuteur privilégié. A partir du moment où on a redonné sa place au cadre, ça a bousculé les habitudes des équipes, dans un premier temps, ils n'ont pas apprécié, dans un deuxième temps, on a réussi à reconstruire des relations professionnelles entre le cadre et les équipes à travers la certification, qui a permis de ressouder le travail d'équipe. Derrière, ça fonctionne bien, en terme de relation, c'est retrouver la confiance en son manager, le revoir avec des yeux professionnels comme un interlocuteur privilégié. Après, la troisième étape était de reformer les équipes. Pour chaque cadre, réévaluer les compétences de son équipe, savoir qui dysfonctionne et où sont les compétences, améliorer les compétences. C'est celui sur lequel on est en fin de course en attaquant maintenant des projets. C'est là où on est aujourd'hui, on peut attaquer parce qu'on a l'assise suffisante. Par exemple, le pavillon D. est en voie de reconstruction ces projets, Mme G. travaille actuellement à l'amélioration des temps de travail. Des agents qui ont un bus à 21 h 05 et qui finissent à 21 h 00 et qui demande ce qu'on peut leur proposer. Maintenant on va commencer à le faire et à réfléchir. Moi, j'ai déjà construit en ce sens des trames qui correspondrait à ce que demande le personnel. Les infirmières ont aussi identifié certaines choses, il faut derrière comprendre et analyser, il faut des temps de travail. On est en train d'entendre les demandes en terme de qualité de vie et de temps de travail qui permettront certainement derrière

de fidéliser. Puisqu'il y a un aspect vie privée, en entendant la demande pour permettre à chacun d'être plus confiant et plus serein. C'est aussi permettre à des personnes qui sont en USLD d'accéder à des postes qui sont en SSR, en médecine sans pour autant mettre à mal les organisations.

Après fidélisation c'est aussi, depuis 2 ans, de pouvoir rendre au 31 mars les vœux de vacance, c'est rassurant pour les agents. Après, il y a pleins d'autres choses, mais des organisations écrites et connues ça permet aussi de rassurer et de sécuriser. On peut aller très très loin dans la fidélisation, l'accompagnement par l'infirmière hygiénique des périodes épidémiques, de tout ce qui est en lien avec l'hygiène, ça permet d'avoir l'interlocuteur, ça permet d'avoir les réponses, ça permet d'avoir moins d'angoisse ou de stress et donc de vouloir chercher ailleurs. Ça va très très loin la fidélisation. Certains ont envie de se poser, la fidélisation passe certainement par des stagierisation.

Quel rôle la fidélisation des soignants tient-elle dans l'organisation des soins, quels sont les impacts d'un turn over important ?

« L'absentéisme nous amène à demander des CDD, comme on un absentéisme important, on a beaucoup de nouveaux arrivants. La fidélisation peut-être sur les nouveaux et sur les anciens qui tutorent toute l'année et c'est épuisant. C'est d'autant plus épuisant pour les nouveaux qui ne rentrent pas le cadre, qui ne suivent pas les directives et les bonnes pratiques. On a la sécurité du groupe et aussi la confiance du groupe. Le fait d'avoir des intérimaires ça bouscule tout le monde, on ne connaît pas la manière de travailler, on ne fait pas confiance. C'est surtout l'aspect épuisement de répéter sans cesse les mêmes choses en tutorat. »

Quelles difficultés rencontrent les cadres pour organiser le service avec un nouvel agent ? Combien de temps lui fait-il pour être en autonomie sur son poste ?

« C'est très différent, normalement avec les compétences qu'il a, il a juste à se caler sur l'organisation, c'est acquérir, comprendre et respecter l'organisation dans le service, c'est des personnes qui arrivent quand même avec des compétences.

Toutefois, au vue de la pénurie, on a quand même formé deux ASH en ASD qui ont déjà des notions de prise en charge et une autre qui travaille sur l'établissement depuis longtemps. Une qui n'avait pas de connaissance en soin et une qui avait déjà un parcours avec des connaissances. Les deux ont réussi au top niveau. A partir du moment où il y a une motivation et une envie, tout le monde est égal devant la possibilité de développer des objectifs professionnels avec un accompagnement et un processus. Maintenant elles ont le pied à l'étrier, et ça fait partie de la fidélisation de permettre à des ASH d'acquérir des compétences en soins pour poursuivre après sur un projet professionnel. »

Pouvez-vous me parler des difficultés de recrutement de l'hôpital, quels sont les raisons qui l'expliquent à votre sens ?

« Il y a quelques temps c'était les infirmières, maintenant c'est les aides-soignantes en tension. Moi c'est mon analyse et après quand je rencontre des aides-soignantes on échange régulièrement. La première chose c'est la rémunération elles ont quand des fériés à travailler, des dimanches, des samedis et elles ne sont pas en famille et sont au travail. Elles disent que leur salaire de base, en lien avec les jours travaillés mais aussi la responsabilité qu'elles peuvent avoir sur les soins, elles disent comprendre que ce n'est plus attractif, c'est un métier qui n'est plus attractif. Il y aurait la rémunération à hauteur des conditions de travail, je pense qu'on aurait plus de personne dans les écoles. Là aussi, les écoles ne font plus le plein.

Nous on a aussi plus de difficultés parce qu'on est en gériatrie, on sait que les sortants préfèrent aller travailler en chirurgie, en maternité. La gériatrie ce n'est pas le premier service qu'on va demander en sortie d'école. Nous on accumule pas mal de difficultés, pas mal de critères qu'au bout du bout, on a un peu moins de vocations que les autres services. On est aussi mal desservi en transport en commun, c'est vrai une vraie difficulté. »

Un renouvellement du personnel a-t-il des effets bénéfiques sur l'organisation des soins (Nouvelles pratiques, changement de configuration de personnel ?)

« C'est souvent, oui, c'est bénéfique mais on se heurte à des clivages entre équipes, on a ceux qui étaient en place, pour peu qu'ils y soient depuis plus de 10 ans, alors c'est la guerre entre les nouveaux qui arrivent et qui ont des choses à apporter dont les autres ne veulent pas entendre parler. Après il y a ceux qui arrivent et on voit toute de suite s'ils ont l'envie de s'investir et de continuer. A nous de nous ouvrir à des nouvelles compétences, de l'innovation, par l'infirmière en pratique avancée, c'est quelque chose qui pourrait être très très bien sur l'établissement, on a un

infirmier qui qui part en pratique avancée se former. Il y a un aspect « prescription médicale » et je pense qu'au retour, il va falloir qu'il trouve sa place dans les organisations, tant sur l'aspect avec ses collègues infirmier tant de ses collègues médecins. Ça c'est quelque chose qui est riche pour l'établissement. Après par exemple, s'ouvrir en socio esthétique, ce sont des nouveaux métiers et l'émergence de ces nouveaux métiers qu'on doit mettre en place dans notre établissement, mais encore faut-il qu'on leur laisse la place et cet aspect doit être pris en compte. Il y a d'autres innovation, il y a pleins d'idées qui correspondrait à nos établissements, des outils numériques pour suivre les patients à domicile quand ils sortent de l'établissement. En période de canicule, en période de covid quand on reçoit un patient dans un service d'hospitalisation, on a des applications pour garder le contact avec ce patient, ça je trouve ça très intéressant, il y a beaucoup de choses auquel on peut penser. »

A votre échelle, qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place en lien avec la fidélisation du personnel?

« La qualité de vie au travail, il faut qu'on s'y intéresse parce que c'est un vaste sujet avec beaucoup éléments, et en ce sens, je pense qu'on n'a pas développer l'axe QVT parce que c'est beaucoup d'autres aspect par exemples les inaptitudes où apparaîtrait les acteurs, que proposer sur l'établissement pour telle ou telle inaptitude. Aujourd'hui ce n'est pas satisfaisant, on ne peut pas fournir de vrais réponses, les agents n'ont pas la bonne réponse à leur demande et à leur état de santé. Tout ça n'est pas clair. Il y beaucoup d'autres choses, notamment une communication soutenue de l'ensemble des acteurs : c'est-à-dire du top manager jusqu'au service de soins, la même communication, même information mais soutenue. Il y a beaucoup de leviers, il n'y a pas que la sophrologie et tout ça. Il y a aussi la nécessité de prendre en compte et d'équiper le personnel, avec des chaussures par exemple, il n'y a pas de prime de chaussure, il faudrait que chaque soignant puisse avoir une paire de chaussure, ça éviterait de glisser dans les services et d'avoir des accidents du travail. La fatigabilité n'est pas la même dans une chaussure professionnelle. »

Pensez-vous que les dispositifs de recrutement et de fidélisation « classiques » n'attirent plus les jeunes générations : titularisation, stabilité de l'emploi, crèche... ? Avez-vous remarqué des différences avec la nouvelle génération ?

« Sur ces éléments là, pas forcément. C'est-à-dire, on a toujours des jeunes qui sont là depuis 2/3 ans qui demandent à être en CDI ou stagiairisé. On a eu une période où on a senti ce désintéressement et à nouveau, depuis un an, on a un retour de demandes de stagérisation, de stabilité.

On a des jeunes infirmières qui partent vite parce qu'elles vont sur de la chirurgie et d'autres qui se plaisent et qui restent et c'est des très jeune que j'ai dans les services. Je ne dirais pas qu'on a eu des départs parce qu'elles se sentaient mal ici. Au niveau des aides-soignantes, c'est un peu différent, on a plus de départ d'insatisfaction de travailler en gériatrie. Finalement je suis moins vindicative qu'il y a 2 ans, où on avait vraiment le phénomène gériatrie bashing. Certains sont partis et demandent à revenir. »

Pouvez-vous nous parler de la crise COVID-19 et des actions que vous avez dû mettre en place.

« Une communication des informations accrues, chaque jour, un accompagnement renforcé des équipes, je commence par la communication parce que c'était nécessaire. Un accompagnement de toutes les nouvelles procédures, un affichage des priorités, on allait dans les services de nuit notamment, on a multiplié les informations de nuit, on a fait 3 réunions de nuit. Il y avait beaucoup beaucoup de logistique, il a fallu s'organiser pour la logistique, les cadres géraient la centralisation du matériel, notamment des protections individuelles et donc organiser de manière précise le travail du cadre dans l'équipement de son personnel. J'avais demandé une gestion très pointilleuse de la dotation, parce qu'on avait eu des vols, donc après c'était gestion dans les enveloppes avec chaque jour sortie du stock nécessaire quotidien et après gestion par l'infirmière. Les renforts ont été organisés de manière très pointu, donc là un grand merci au service RH qui ont été très réactifs, vous en faisiez partie vu que vous étiez sur le recrutement et ça s'est très bien passé. Et ce n'était pas le cas sur les années qu'on venait de vivre, c'était très tendu, ça ne marchait pas et là pour moi c'est très fluide, ça marche très bien, il n'y a pas de tension. Moi je débriefais une fois par semaine, après chaque cellule de crise, après chaque réception d'informations à communiquer. On débriefait le lundi, beaucoup de temps passé pour la gestion des effectifs, ça a été horrible. En ce sens, ça a été un peu tendu avec les médecins qui demandaient des comptes au cadre, ça moi je n'ai pas apprécié. Ça demande du temps et ce temps est du temps gagné sur la semaine. On était obligé de

mutualiser, parce qu'on avait tellement d'arrêts liés au covid, tous les jours il y avait des temps de mutualisation, ça a été énorme en temps de gestion d'effectif. Et encore on a les bons outils. »

Et l'après covid, que faire pour accompagner les équipes ?

« Alors l'après covid, je pressens, malgré la difficulté des prises en charge, les trois premières semaines, en lien avec les précautions qu'on devait prendre, on lisait les protocoles et on travaillait. Malgré ces conditions, on a mis des renforts, beaucoup de renfort, ce qui remonte, les conditions ont été meilleures que quand on n'est pas en période épidémique. Je sais ce qui va se passer, on va avoir une montée dans les services de plainte de charge de travail, parce qu'on a eu un effectif renforcé du fait de l'aspect prise en charge. On sait que ça va monter au créneau en terme de demande. Aujourd'hui ce qui est agréable c'est que tout le monde est revenu au travail, on n'a plus que les arrêts longs. On a une population soignante plus présente que d'habitude. Quand on va arrêter les renforts, on va retomber dans les arrêts qu'on avait avant, les gens vont s'arrêter. Et puis je pense qu'on va redescendre en tension et on va avoir du craquage de soignant. Il y a certains aspects qui étaient très difficiles et ils ont tenus le coup, j'ai vu des équipes soudées, et derrière ça va s'effondrer, ils vont tellement relâcher, on a eu beaucoup de décès. Il faut qu'on prévoit les groupes de paroles. Ce qui me manque aujourd'hui c'est de reprendre une activité normale, de se repencher sur des projets mis de côté, le covid s'est immiscé dans nos organisations, moi j'ai envie de reprendre les projets qui sont restés en attente. Même les microprojets dans leurs services, c'est important pour les cadres, pour les équipes. C'est important parce qu'on a fait que de la gestion de patients, dans la prise en charge, que de la gestion de crise. C'est épuisant de ne plus avoir de réel projet pour l'institution. Par contre on était dans notre cœur de métier, la prise en charge des patients malades. »

WEBER	Camille	2020
DESSMS Promotion 2019-2020		
Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP – Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>L'efficacité des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel déployées dans les structures sanitaires et médico-sociales nécessite d'être questionnée, notamment les répercussions sur les différentes générations. En effet, ces dispositifs sont généralement uniformisés pour l'ensemble du personnel, notamment pour le personnel soignant, alors que plusieurs générations coexistent dans les établissements. L'étude de la nouvelle génération présente un véritable intérêt pour les structures sanitaires et médico-sociales, d'abord parce qu'elle questionne les modes d'organisation du travail et aussi parce que la pénurie de personnels soignants est une problématique centrale pour de nombreuses organisations. Ce mémoire sera l'occasion de vérifier comment les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant gagneraient en efficacité si elles étaient conduites sous le prisme des nouvelles générations. Certaines pistes d'amélioration sont faciles à actionner pour positionner le Centre Hospitalier comme un établissement attractif et surtout pour fidéliser davantage les agents. D'abord, l'adaptation des politiques d'attractivité, pour les rendre plus incisives et plus visibles pour les nouvelles générations. Ensuite, le renforcement de l'encadrement de proximité notamment, le fait de légitimer le manager en tant qu'interlocuteur privilégié est plus que nécessaire. Pour que les nouvelles générations s'inscrivent dans la durée, il faudra porter une attention particulière à la trajectoire de l'agent au sein de l'établissement, en renforçant aussi les conditions et les organisations de travail.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Fidélisation ; Attractivité ; Générations ; Recrutement ; Génération Y.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		