

**CONCOURS OUVERTS LES 04, 05, 06 ET 07 JUIN 2024 POUR L'ADMISSION
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**CONCOURS EXTERNE – EXTERNE SPECIAL dit « Talents » - INTERNE
ET TROISIEME CONCOURS**

MERCREDI 05 JUIN 2024

2^{ème} Épreuve écrite d'admissibilité

Durée : 5 heures – Coefficient : 5

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 58 pages + 2 (sujet et sommaire).

SUJET

Vous rejoignez un établissement support de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), en qualité de directeur(trice) des ressources humaines.

Dans le cadre du projet social relatif au personnel non médical du GHT, le Directeur Général vous demande de mettre en œuvre une stratégie d'attractivité et de fidélisation du personnel.

A l'aide du dossier joint, vous rédigerez une note à son attention présentant les freins et leviers d'actions. Vous préciserez également les modalités de déclinaison possibles à l'échelle du GHT.

SOMMAIRE

Document 1 (pages 1 à 17)

Rapport du Sénat n°587 au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France (extraits), remis au Président du Sénat le 29 mars 2022

Document 2 (pages 18 à 19)

Article issu du site internet cadresante, 21 novembre 2023, L'hôpital aimant, un authentique label de qualité pour attirer les talents par Bruno Benque

Document 3 (pages 20 à 22)

Article issu du site internet STAFFSANTE, Pourquoi et comment soigner sa marque employeur en milieu hospitalier ?

Document 4 (pages 23 à 24)

Article Hospimédia publié le 22 juin 2021, La fidélisation des équipes est un défi pour près de la moitié des établissements de santé par Clémence Nayrac

Document 5 (pages 25 à 32)

Article issu de Pratiques et organisation des soins, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner par Yvon Brunelle

Document 6 (pages 33 à 36)

Article issu du Haut conseil de la santé publique, mars 2020, Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant » ; Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ? Par Mathieu Sibé

Document 7 (pages 37 à 39)

Fiche Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale : « Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation »

Fiche 4 : fidélisez vos équipes

Document 8 (pages 40 à 42)

Dépêche APM-News du 5 février 2024, Psychiatrie : au CH Montperrin d'Aix en Provence, l'attractivité « priorité des priorités » par Valérie LESPEZ

Document 9 (pages 43 à 44)

Dépêche APM-News du 7 mars 2024, L'ANAP lance une plateforme sur l'attractivité et la fidélisation en établissement

Document 10 (page 45)

Brève APM-News du 21 février 2024, Normandie : l'ARS présente une feuille de route attractivité des métiers de la santé

Document 11 (pages 46 à 47)

Dépêche APM-News du 5 mars 2024, Attractivité des métiers médico-sociaux : une rémunération à aborder de manière globale

Document 12 (pages 48 à 58)

Rapport d'observations définitives, chambre régionale des comptes Île-de-France, La politique immobilière de l'assistance publique – hôpitaux de Paris, Exercices 2016 et suivants

N° 587

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Rapport remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 mars 2022

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission d'enquête (1) sur la situation de l'hôpital
et le système de santé en France,*

Président

M. Bernard JOMIER,

Rapporteuse

Mme Catherine DEROCHE,

Sénateur et Sénatrice

Tome I – Rapport

(1) Cette commission est composée de : M. Bernard Jomier, président ; Mme Catherine Deroche, rapporteure ; Mme Marie Mercier, MM. Jean Sol, Jean-Marc Todeschini, Mmes Jocelyne Guidez, Sonia de La Provôté, M. Dominique Théophile, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Pierre Médevielle, Mme Raymonde Foncet Monge, vice-présidents ; Mmes Marie-Christine Chauvin, Catherine Conconne, Florence Lassarade, M. Alain Milon, Mmes Annick Petrus, Nadia Sollogoub, M. Laurent Somon.

II. REDONNER DE L'ATTRACTIVITÉ ET DU SENS AUX MÉTIERS DU SOIN

La ressource humaine médicale et soignante constitue la substance vive de l'hôpital.

Elle s'érode aujourd'hui sous l'effet combiné de difficultés de recrutement et d'une augmentation des départs en cours de carrière, particulièrement pour les personnels infirmiers.

La commission d'enquête a entendu beaucoup d'acteurs hospitaliers s'alarmer d'un véritable cercle vicieux : les conditions de travail et le sentiment de perte de sens du métier alimentent des départs, les vacances de postes de soignants augmentent, elles-mêmes accentuant la pression sur les équipes en place et renforçant les raisons de quitter l'hôpital.

Le défi de l'attractivité et de la fidélisation résumé par le docteur Thierry Godeau, président de la conférence des CME des centres hospitaliers¹

« L'hôpital est un lieu d'exercice formidable. On y vient pour y travailler en équipe, faire de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation et développer de nouvelles techniques. Mais quand le quotidien ne correspond plus à vos attentes, comment pouvez-vous espérer y attirer et garder un praticien hospitalier, sachant que sa rémunération est assez souvent de deux à trois fois supérieure en libéral, qu'il ne serait pour la plupart du temps pas soumis à une obligation de garde, qu'à l'hôpital on lui parle beaucoup de déficit, de réduction de moyens, de déprogrammation, qu'il a vu son service, ou plutôt son équipe, se déliter, qu'il n'a aucune, ou très peu d'emprise sur les décisions, et que son temps, sa charge de travail et tout simplement son travail et sa pénibilité sont mal reconnus, qu'il joue sans cesse à "Tétris" pour trouver des places et des solutions pour des situations sociales parfois insolubles, et que l'avenir qu'on lui propose actuellement est de plus en plus souvent de se transformer en médecin "sac à dos" pour aller combler les trous dans les autres hôpitaux publics ? »

Tous les interlocuteurs de la commission d'enquête ont souligné l'effort représenté par les mesures issues du Ségur de la santé en matière de rémunérations, tout en y voyant souvent un rattrapage nécessaire ne pouvant à lui seul rétablir l'attractivité de l'exercice à l'hôpital. Meilleure **compensation des contraintes spécifiques** à certains métiers, **amélioration de la qualité de vie au travail**, **renforcement de la formation** sont autant de leviers à actionner pour véritablement **éviter la spirale négative** qui menace les ressources humaines de l'hôpital.

¹ Audition du 4 janvier 2022.

Face au sentiment de perte de sens, également largement exprimé au sein de la communauté hospitalière, il est nécessaire de **remettre le soin au cœur des métiers**, qui s'en sont trop éloignés faute de disponibilité suffisante pour s'y consacrer. **Le renforcement de la présence médicale et soignante auprès des patients est aujourd'hui une priorité.**

A. FIDÉLISER ET ATTIRER MÉDECINS ET SOIGNANTS DANS LES CARRIÈRES HOSPITALIÈRES

1. Des taux de vacance et de rotation qui s'aggravent

Même si elle est très mal évaluée et documentée, la **part des postes de praticiens et soignants disponibles mais non pourvus** est, selon les témoignages concordants recueillis par la commission d'enquête, **significative et en progression.**

Elle se manifeste, pour les **personnels médicaux des hôpitaux publics**, par un taux de vacance statutaire qui s'aggrave (32,6 % au 1^{er} janvier 2022, mais plus de 40 % pour les spécialités de radiologie-imagerie et d'anesthésie-réanimation), compensé par un large recours à des contractuels et, de manière très inégale selon les établissements mais élevée pour certains d'entre eux, à l'intérim médical.

L'incapacité à encadrer le recours à l'intérim, symptôme des tensions sur les ressources médicales

D'après l'étude des bilans sociaux des établissements effectuée par l'ATIH, les dépenses d'intérim médical représentaient en moyenne 3 % de la masse salariale des personnels médicaux en 2019, soit une augmentation sensible par rapport aux années précédentes au cours desquelles elles se situaient plutôt autour de 2,5 %. Le poids de ces dépenses est très variable selon les établissements, beaucoup moins élevé dans les CHU que dans les moyens et grands centres hospitaliers, 10 % de ceux-ci consacrant à l'intérim plus de 12 % de leur masse salariale pour les personnels médicaux.

Les **dérives de l'intérim médical** sont soulignées de longue date : garantie incertaine de la qualité des soins, coût massif pour des établissements ayant déjà du mal à assurer leur équilibre financier, rémunérations fixées de gré à gré dépassant souvent le plafond réglementaire de 1 170 euros pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif, le ministre de la santé et de la solidarité ayant évoqué devant le Sénat des rémunérations atteignant fréquemment 2 500 euros, voire 3 000 euros par jour (séance du 18 février 2021).

Le mécanisme prévu par l'article 33 de la loi du 26 avril 2021 visant au blocage par les comptables publics des rémunérations dépassant le plafond réglementaire, qui devait entrer en vigueur le 27 octobre 2021, s'est heurté à l'absence de solution alternative pour les hôpitaux publics. Comme l'a indiqué Marie-Noëlle Géraïn-Breuzard, présidente de la conférence des directeurs généraux de CHRU devant la commission d'enquête, « le retrait d'intérimaires refusant des tarifs inférieurs à ceux dont ils bénéficiaient antérieurement pouvait menacer le fonctionnement de services entiers, et pas seulement dans des établissements de petite taille. J'aurais fermé une dizaine de blocs opératoires si j'avais appliqué les tarifs prévus pour l'intérim. »¹

Face à cette situation, le ministre des solidarités et de la santé a pris la décision de **suspendre l'application** de ce texte et a annoncé le 21 octobre 2021 « la réalisation d'une cartographie précise de la situation actuelle de l'intérim médical sur le territoire, et l'organisation dans les territoires des modalités d'accompagnement des acteurs dans la mise en œuvre de la réforme sous l'égide des directeurs généraux des agences régionales de santé », en vue de permettre « dès que possible en 2022, l'application stricte de la réforme avec un contrôle a priori par le comptable public du respect du plafond réglementaire ».

En réponse aux demandes qui lui ont été adressées, le ministère des solidarités et de la santé n'a fourni aucun élément nouveau à la commission d'enquête. Elle constate et regrette le **faible avancement des travaux annoncés par le ministre en octobre dernier**. Interrogé lors de son audition par la commission d'enquête le 24 février dernier, celui-ci a réitéré son souhait d'appliquer la mesure en 2022, mais « sans rajouter une pression supplémentaire en matière de ressources humaines ».

Bien que de moindre ampleur, le recours à l'intérim est également une solution palliative face aux difficultés de recrutement de personnels soignants. À l'occasion d'échanges avec des infirmiers de bloc opératoire lors d'une visite d'établissement, la délégation de la commission d'enquête a constaté les **difficultés liées à l'intégration de ces personnels temporaires**. Souvent insuffisamment formés et expérimentés, ils requièrent un encadrement plus exigeant par des personnels soignants permanents beaucoup moins rémunérés qu'eux. C'est un réel facteur de tension dans les équipes de soins.

S'agissant des **personnels infirmiers**, le taux de vacance est important (7,5 % à l'AP-HP), les recrutements en sortie d'école, à l'été 2021, ont été inférieurs au niveau attendu et les départs en cours de carrière semblent s'accroître.

¹ Audition du 22 janvier 2022.

Interrogé sur la situation de l'AP-HP, le professeur Rémi Salomon, président de la CME, expliquait devant la commission d'enquête qu'« il y a vingt ans, les infirmiers avaient facilement jusqu'à dix ou quinze ans d'ancienneté. Désormais, les équipes sont considérablement rajeunies. Dans certaines équipes dont la spécialisation très pointue nécessiterait des professionnels expérimentés, on trouve de jeunes infirmiers qui n'ont plus qu'un ou deux ans d'ancienneté. Les conséquences sont considérables sur la qualité et la sûreté des soins. » Le docteur Laurence Luquel, présidente de la conférence nationale des présidents de CME des établissements de santé privés à but non lucratif estime quant à elle que « la durée en poste d'une infirmière est globalement autour de trois à quatre ans, le plus souvent »¹.

Les données de l'ATIH confirment une augmentation du **taux de rotation**² des personnels non médicaux, suggérant bien une difficulté à les fidéliser, et cela même avant la crise sanitaire. Elles montrent un taux de rotation « médian » des personnels médical et non médical en augmentation entre 2018 et 2019, passant respectivement de 14,8 à 15,6 %, et de 9,1 à 10,1 % à périmètre constant.

Afin d'éviter ces départs supplémentaires, il importe d'abord d'améliorer les conditions de reconnaissance des spécificités des métiers du soin à l'hôpital. Le sentiment de reconnaissance du travail à l'hôpital, qui avait progressé de 63 à 72 % entre 2013 et 2016, est en effet en fort recul, à 57 % en 2019³.

Le fonctionnement de l'hôpital repose encore trop souvent sur la bonne volonté des personnels et sur une morale du dévouement qui induit un contournement fréquent des obligations légales et réglementaires. Or la reconnaissance du travail effectué par les personnels ne paraît plus suffisante pour obtenir les sacrifices que l'on se satisfaisait d'attendre de leur part, à tel point qu'un très grand nombre d'interlocuteurs entendus par la commission d'enquête voient dans cette évolution un des facteurs de la crise actuelle.

Il importe de revoir les compensations financières accordées en contrepartie des obligations de service et aux conditions particulières dans lesquelles celui-ci peut s'effectuer, de renforcer l'attention portée à la qualité de vie au travail, mais aussi d'assurer de bonnes conditions de formation des personnels.

¹ Auditions du 4 janvier 2022.

² Le taux de rotation des personnels se calcule comme le quotient entre, d'une part, la moitié de la somme des départs et des arrivées sur l'année n et, d'autre part, l'effectif physique moyen de l'année n.

³ Drees, « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », Études et résultats, novembre 2021, n° 1215.

2. Un effort globalement important sur les rémunérations...

a) *Des rémunérations longtemps plus faibles que dans des pays comparables pour les personnels soignants*

Si, en matière de rémunération, la situation des praticiens hospitaliers paraît comparable à celle de leurs confrères allemands, canadiens ou britanniques, celle des **infirmiers** est plus défavorable.

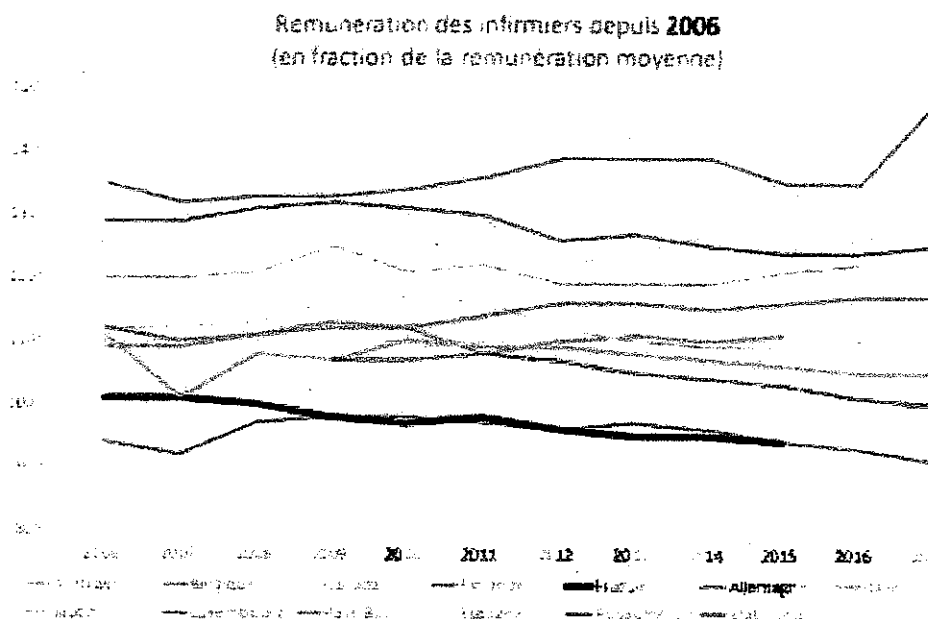
Alors qu'en 2006 la rémunération des infirmiers était en France équivalente au salaire moyen dans l'ensemble de l'économie, elle lui était inférieure de 6 % en 2015. À l'inverse de cette dégradation relative, au niveau de l'OCDE, la rémunération des infirmiers était à la même date supérieure de 14 % au salaire moyen. Dans des pays très proches de la France (Allemagne, Pays-Bas, Belgique, Italie), la rémunération des infirmiers est supérieure au salaire moyen de 6 à 15 %¹.

Les comparaisons internationales sont toutefois délicates à manier : la division du travail de soin varie selon les pays et les missions associées à la profession d'infirmier ne sont pas les mêmes. Selon les services du ministère des solidarités et de la santé, l'âge moyen des infirmiers peut aussi expliquer une situation particulièrement défavorable : un redressement de cet effet de composition impliquerait un salaire plus élevé que le salaire net moyen. Enfin, l'indicateur du salaire infirmier prend en compte la **rémunération des infirmiers du secteur privé, inférieure à celle des infirmiers du secteur public**².

Si la comparabilité de l'indicateur entre les pays peut faire l'objet de critiques, la **situation de la France « en queue de peloton »** – du moins jusqu'aux accords du Ségur de la santé – paraît, elle, incontestable. Concernant la rémunération en parités de pouvoir d'achat, la France se classait 21^{ème} de l'OCDE, et concernant le ratio de la rémunération moyenne des infirmiers au salaire moyen, la France était 28^{ème} sur 32.

¹ Réponses du ministère des solidarités et de la santé aux questions de la commission d'enquête.

² En 2018, le salaire mensuel net moyen d'un infirmier était de 2 339 euros dans les établissements publics de santé, de 2 192 euros dans les établissements privés à but non lucratif et de 2 155 euros dans les établissements privés lucratifs.



Source : OCDE, *Panoramas de la santé 2006-2019* ; graphique Drees

La dégradation au cours du temps de la situation relative des infirmiers français est en revanche très nette. Elle s'explique par une progression du salaire moyen plus rapide que celle du salaire des infirmiers, que les intéressés ressentent comme un manque de reconnaissance au regard de leurs missions et de leur engagement. Comme cela a été rappelé, ce sentiment, partagé par 63 % du secteur hospitalier en 2013, l'était par 57 % d'entre eux en 2019 - ce qui est significativement supérieur à l'ensemble des salariés (36 %). Les sages-femmes, infirmiers et agents d'entretien (64 %), les professions administratives (62 %) et les aides-soignants (57 %) étaient les plus concernés¹.

b) *Les revalorisations du Ségur : un rattrapage dont l'impact devra être évalué*

Un redressement a été engagé dans le cadre des accords du Ségur de la santé de juillet 2020.

Comme l'ensemble des personnels de la fonction publique hospitalière, les infirmiers exerçant dans un hôpital public ou dans un Espic bénéficient d'une revalorisation de 183 euros nets mensuels. La revalorisation est moindre, de 160 euros seulement, pour les infirmiers exerçant dans les établissements privés à but lucratif. Par ailleurs, les grilles indiciaires des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière ont été révisées.

¹ Drees, « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », *Études et résultats*, novembre 2021, n° 1215.

Les effets des accords successifs du Ségur de la santé sur les rémunérations des personnels soignants

1° La revalorisation « socle » des rémunérations

En application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, l'ensemble des personnels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements publics sanitaires, des groupements de coopération sanitaire et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) bénéficient depuis septembre 2020 d'un complément de traitement indiciaire (CTI) de 25 points d'indice, porté à 49 points d'indice en décembre 2020, soit une revalorisation de 183 euros nets par mois.

Au titre des accords de 11 février et 28 mai 2021 et en application de la LFSS pour 2022, la mesure s'applique également, depuis le 1^{er} juin 2021, aux personnels exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé et aux Ehpad, des groupements de coopération sociale et médico-sociale et de certains groupements d'intérêt public à vocation sanitaire et, depuis le 1^{er} octobre 2021, aux personnels soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale et accompagnants éducatifs et sociaux et établissements médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou à un Ehpad et financés pour tout ou partie par l'assurance maladie, des résidences autonomie et des accueils de jour. Cette mesure a été transposée dans le secteur privé non lucratif – où la revalorisation atteint aussi 183 euros – et dans le secteur privé lucratif – où elle atteint 160 euros.

2° La revalorisation des grilles indiciaires des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière

Les nouvelles grilles offrent des perspectives de carrière rehaussées. Par exemple, les infirmiers en soins généraux en fin de carrière gagnent 352 euros nets mensuels de plus. Le début de carrière a aussi été dynamisé par une réduction de la durée des premiers échelons pour accroître l'attractivité du corps.

Ces grilles permettent un gain immédiat de 56 euros nets mensuels pour les personnels de catégorie A (52 euros pour les personnels de catégorie A appartenant aux corps placés en voie d'extinction) et de 58 euros pour les personnels de catégorie B placés en voie d'extinction. Les aides-soignants et auxiliaires de puériculture passent en catégorie B, induisant un gain immédiat de 51 euros par mois en moyenne. Les personnels relevant des corps des techniciens de laboratoire médical, des préparateurs en pharmacie hospitalière et des diététiciens sont passés en catégorie A en janvier 2022, induisant une revalorisation de près de 52 euros par mois.

3. ... qui mérite encore des ajustements

a) Une meilleure reconnaissance du travail de nuit et de week-end

Le travail de nuit est beaucoup plus fréquent dans le secteur hospitalier qu'en dehors pour les mêmes professions. 39 % des aides-soignants, 47 % des infirmiers et sages-femmes et 62 % des médecins travaillant en secteur hospitalier déclaraient ainsi en 2019 travailler de nuit, contre moins de 20% hors du secteur hospitalier. La différence existe pour les agents d'entretien et les professions paramédicales et administratives, mais elle est moins marquée.

Il en va du même du travail le dimanche, puisque 67 % des agents d'entretiens, 87 % des aides-soignants, 75 % des sages-femmes et infirmiers, ainsi que 72 % des médecins du secteur hospitalier déclaraient en 2019 travailler le dimanche. Seuls les infirmiers et sages-femmes hors secteur hospitalier présentent des niveaux comparables (71 %) à ce qu'on observe à l'hôpital.

4. Renforcer la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail apparaît comme l'un des facteurs principaux d'attractivité des métiers, probablement autant sinon davantage que la rémunération – les auditions menées par la commission d'enquête l'ont montré. Or, la HAS en faisait le constat dès 2016, le secteur des établissements de santé se caractérise par « *des conditions de travail difficiles avec une charge mentale importante* » et « *des indicateurs sociaux qui alertent* »¹.

Les considérations précédemment évoquées – meilleur encadrement des heures supplémentaires, meilleur décompte du temps de travail conformément aux obligations légales et réglementaires – doivent s'accompagner d'une attention renouvelée aux conditions concrètes de travail des soignants, qui paraissent s'être dégradées les années précédant la crise sanitaire, dégradation confirmée par les vagues successives de covid-19.

a) De nombreux facteurs entamant les conditions de travail

La Drées, dans son étude déjà citée de novembre 2021, souligne que « *certaines évolutions relatives [aux contraintes liées aux conditions de travail et aux] risques psychosociaux étaient favorables entre 2013 et 2016. Ce n'est plus le cas entre 2016 et 2019, avec un retour à de hauts niveaux d'exposition* », en particulier pour les agents d'entretien, les aides-soignants et les infirmiers et sages-femmes.

L'intensité du travail dans le secteur hospitalier demeure supérieure à celle observée pour l'ensemble des salariés. 60 % des salariés du secteur hospitalier rapportent devoir toujours ou souvent se dépêcher, contre 45 % de l'ensemble des salariés sur la période. Le morcellement du travail hospitalier est supérieur à celui de l'ensemble des salariés : 78 % des salariés du secteur hospitalier rapportent des interruptions fréquentes pour des tâches non prévues, contre 65 % pour l'ensemble des salariés.

La possibilité dérogatoire de fonctionner selon un régime horaire de 12 heures d'affilée² peut constituer une réponse à l'intensité et au morcellement du travail des personnels soignants.

Si ce régime se justifie seulement « *lorsque les contraintes de continuité de service public l'exigent en permanence* » après consultation des instances représentatives du personnel³, il est dans les faits utilisé au-delà de cette règle.

¹ Haute Autorité de santé, Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016.

² La durée légale de travail à l'hôpital est de 9 heures le jour et 10 heures la nuit.

³ Article 7 du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

En effet, il répond à l'attente de beaucoup de soignants, entraînant une réduction de 8 jours de travail par mois en moyenne¹ et permettant de travailler plus sereinement, en consacrant davantage de temps au patient. L'organisation du travail en deux fois 12 heures – au lieu de trois équipes en 8 heures – économise le coût d'une relève par jour et accroît l'amplitude d'ouverture de certains plateaux techniques. Elle participe à l'optimisation des moyens. De 2018 à 2019, la proportion d'agents concernés par un horaire dérogatoire en 12 heures est passée, dans les établissements publics de santé, de 11,5 à 13 %².

Le travail en 12 heures fait toutefois l'objet d'appréciations contrastées, compte tenu de la longueur de la journée de travail et de son impact sur la fatigue des personnels. C'est une faculté qui mérite d'être maintenue et envisagée, mais ne peut être généralisée.

D'autres facteurs spécifiques influent fortement sur les conditions de travail.

Les missions de l'hôpital sont, par nature, liées à la maladie, à la souffrance et à la mort. Il est inévitable, dans ces conditions, que la **charge émotionnelle supportée par les soignants** soit forte. Elle ne se limite pas au lieu de travail : 74 % des médecins continuent à penser à leur travail hors de l'hôpital, ce qui peut induire un **risque d'épuisement professionnel plus marqué**. Ainsi, selon une méta-analyse publiée en 2019 synthétisant 37 études conduites dans différents hôpitaux français entre 2000 et 2017, 49 % des praticiens se révélaient souffrir de « *burn-out* » (dont 5 % sous une forme sévère)³.

Les **contraintes physiques** sont aussi importantes : la station debout prolongée est plus fréquemment rapportée dans le secteur hospitalier (66 %) que pour l'ensemble des salariés (48 %), mais traduit une amélioration par rapport à 2013 (70 %). Les autres contraintes posturales fatigantes ont en revanche progressé sur la période, de 42 à 47 % des personnels hospitaliers entre 2013 et 2019.

Les **tensions avec l'encadrement et les collègues** sont également plus fréquentes à l'hôpital (34 % rapportent des tensions avec les supérieurs hiérarchiques et 33 % avec les collègues) qu'ailleurs (respectivement 24 et 23 %).

Enfin, les **conflits de valeurs sont croissants**. En 2019, 49 % des salariés du secteur déclaraient recevoir des injonctions contradictoires, les sages-femmes et infirmiers étant davantage exposés à ce phénomène (59 %).

¹ Voir Pierre André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public, pp. 71-73.

² Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé, ATIH, 2019.

³ Ziad Kansoun, Laurent Boyer, Marianne Hodgkinson, Virginie Villes, Christophe Lançon, Guillaume Fond, « Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis », Journal of Affective Disorders, Volume 246, 2019, pp. 132-147.

b) Une stratégie nationale en manque de traduction concrète qui doit être relancée

Face à ces défis, la ministre des solidarités et de la santé Marisol Touraine avait exposé le 5 décembre 2016 une **stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail**¹, visant à « prendre soin de ceux qui nous soignent » et concernant les professionnels de la santé et du médico-social. Elle comportait une **dizaine d'engagements**, parmi lesquels « adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail », « revaloriser la médecine du travail et généraliser les services pluri-professionnels de santé au travail », « reconnaître les sujétions particulières liées aux rythmes de travail nécessaires à la continuité des soins », « favoriser la conciliation entre vie privée et vie professionnelle » ou encore « détecter et prendre en charge les risques psychosociaux », repris dans la **stratégie nationale de santé 2018-2022** (ou « Ma Santé 2022 »)².

Afin de « structurer la démarche pour garantir son suivi est son évaluation dans la durée », un observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psycho-sociaux des professionnels de santé (ONQVT) a été créé en juillet 2018. Il a donné lieu à la constitution de groupes de travail ayant formulé de nombreuses préconisations.

Constatant qu'aucune traduction concrète n'avait été donnée à leurs travaux, les trois experts de l'ONQVT ont remis leur démission en début d'année 2022. Ils estiment que « les nombreuses productions de l'ONQVT n'ont donné lieu à aucun soutien ni accompagnement pour les diffuser, les implémenter et suivre la dynamique de retours d'expériences impulsée par l'Observatoire »³, alors que le Centre national d'appui (CNA) à la qualité de vie des étudiants en santé créé en juillet 2019⁴ a été supprimé en septembre 2021.

Recommandation : relancer la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail et diffuser les principales préconisations de l'ONQVT auprès des établissements.

¹ Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent, *Document du ministère des solidarités et de la santé*, 5 décembre 2016

² Voir en particulier le 3°) « Prendre soin de ceux qui nous soignent » du III (« Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ») de l'annexe du décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

³ MM. Philippe Colombat, Éric Galam et Matthieu Sibé : « "À l'heure du burn-out et du Covid la rhétorique ne suffit plus !" : l'alerte des trois experts démissionnaires de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des soignants » France Info, 8 janvier 2022.

⁴ Ce centre constituait l'une des suites du rapport du Dr Donata Marra sur la qualité de vie des étudiants en santé présenté à la ministre des solidarités et de la santé le 3 avril 2018.

c) *Des axes d'amélioration à renforcer*

Indépendamment des questions liées à l'organisation du travail au sein des équipes de soins, qui seront évoquées par ailleurs, trois axes d'amélioration évoqués par les interlocuteurs de la commission d'enquête lui paraissent devoir être mentionnés.

Le premier est celui du **cadre de travail**. Il s'agit d'un élément très important de la qualité de vie au travail, qui a souffert d'un **sous-investissement prolongé** depuis plusieurs années. La réorientation de la politique d'investissement, avec la suppression du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo), qui avait été mis en place en 2012, et son **remplacement par le Conseil national des investissements en santé en 2020**, devrait se traduire, dans la lignée du plan d'urgence pour l'hôpital de novembre 2019 et du pilier 2 du Ségur, par des investissements conséquents de nature à améliorer la qualité des locaux. Si elle concerne des enjeux financiers moins massifs, l'enveloppe de 650 millions d'euros dégagée en 2021 pour les **investissements du quotidien** aurait déjà permis de résoudre, selon Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins, des questions « *tout aussi fondamentales pour la qualité de vie des professionnels de santé dans les établissements* »¹.

Deuxièmement, la politique de qualité de vie au travail doit contribuer à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Face à des obligations de service qui pèsent sur la vie personnelle des soignants, les facilités de logement et de transports, la présence de services publics de qualité à proximité des hôpitaux, une adaptation des rémunérations au coût de la vie, si elles excèdent manifestement le champ de la commission d'enquête, doivent être évoquées.

Le professeur Dominique Le Goude, présidente de la Haute Autorité de santé, affirmait ainsi devant la commission d'enquête : « *S'agissant des solutions visant la pérennité des équipes, nous essayons d'analyser les raisons et les causes qui sont multifactorielles. Il y a en effet des problèmes de financement et de qualité de vie qui sont peut-être plus prégnants dans les grandes villes, par exemple en matière de logement. Il y a la rémunération, mais aussi la proportionnalité par rapport aux conditions de vie des soignants. Il est vrai que ces dernières sont devenues très difficiles dans les grandes villes, depuis vingt ans.* »²

¹ Audition du 17 février 2022.

² Audition du 3 février 2022.

Il apparaît que les personnels de l'AP-HP sont particulièrement confrontés à ces problématiques. Ainsi que le soulignait le professeur Rémi Salomon, « *les conditions de travail, les difficultés de transport, l'insuffisance des effectifs sont autant de facteurs à prendre en compte. Prévoir plus de logements aux abords des hôpitaux irait dans le bon sens. La direction de l'AP-HP et l'administration y travaillent d'arrache-pied* »¹.

Particulièrement aiguë en région parisienne, la **question du logement** se pose également dans beaucoup de métropoles, mais aussi dans les zones touristiques marquées par de fortes hausses du prix de l'immobilier. À titre d'exemple, comme l'a précisé à votre rapporteure Marie-Anne Ruder, sa directrice, le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud s'efforce de proposer des solutions de logement en lien avec les collectivités territoriales, car il s'agit là d'une véritable difficulté pour le recrutement de praticiens.

S'agissant de l'organisation des établissements, elle mériterait aussi de mieux prendre en compte les **contraintes liées à la garde des enfants des personnels non médicaux ou médicaux**, qui constitue souvent une difficulté compte tenu d'horaires de travail atypiques. Le docteur Thiên-Nga Chamaraux Tran, vice-présidente du syndicat Jeunes Médecins, soulignait ainsi devant la commission d'enquête : « *Les facilités de garde d'enfants sont attractives pour les jeunes médecins et personnels paramédicaux en âge de procréer. Il y avait autrefois beaucoup de places en crèche dans mon hôpital. Il y en a aujourd'hui de moins en moins. Les centres aérés ont même été supprimés. Cela peut ôter une charge mentale à tous les soignants, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, du fait des changements sociétaux.* »² Le centre hospitalier de Valenciennes, qu'une délégation de la commission d'enquête a visité, met à disposition de ses salariés une crèche pour accueillir les enfants du personnel, ainsi que des **services de conciergerie**.

Recommandation : accentuer la politique de qualité de vie au travail des établissements, notamment par l'amélioration du cadre de travail et la prise en compte des contraintes de logement et de garde de jeunes enfants des personnels hospitaliers.

Enfin, organisation complexe où coexistent des hiérarchies administrative, médicale et soignante dans un contexte de fortes contraintes liées à la permanence des soins, l'hôpital est un lieu dans lequel les conflits peuvent avoir un fort impact sur la qualité de vie au travail.

¹ Audition du 4 janvier 2022.

² Audition du 13 janvier 2022.

La création d'un poste de médiateur national – attribué à Édouard Couty puis à Dominique Toupillier – et de médiateurs régionaux et locaux en août 2019¹ répond à cette préoccupation. Ce **dispositif structuré de résolution des conflits** doit être mieux identifié par les établissements et ceux-ci doivent s'organiser pour permettre un signalement et un traitement précoce des situations conflictuelles.

Un exemple de conflit traité trop tardivement : l'hôpital de Gap

L'hôpital de Gap a été le théâtre d'un conflit entre deux chirurgiens orthopédiques qui a fortement altéré le climat social au sein de l'équipe médicale. La réintégration, en avril 2021, du chirurgien suspendu depuis deux ans a été suivie, en protestation, d'arrêts de travail d'une dizaine de praticiens. Les élus locaux ont demandé le départ de ce chirurgien. Muté d'office à Aix-en-Provence cet été, il a contesté cette décision.

La nouvelle directrice de l'hôpital, Marie-Anne Ruder, entendue par votre rapporteure, a confirmé l'impact délétère de la durée du conflit sur les équipes, entraînant un enlisement de la situation sur le long terme. Elle a également rappelé qu'en matière de résolution de conflit, les personnels étaient mal armés pour prendre une décision rapide, témoignant de l'intérêt du dispositif de médiation créé par le décret du 28 août 2019. Les équipes, meurtries et inquiètes du recours en cours, bénéficient désormais d'une mission d'accompagnement psychologique mise en place par la nouvelle direction.

5. Améliorer la formation initiale des personnels soignants et renforcer leur accès à la formation continue

a) Une nécessaire révision des conditions de formation initiale des infirmiers

Le Gouvernement a décidé d'augmenter de 15 % en deux ans le **nombre de places ouvertes en première année pour la préparation des diplômes d'État d'infirmiers** dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)², soit 5 000 étudiants de première année supplémentaires entre la rentrée 2020 et la rentrée 2022, avec des effets en sortie d'école échelonnés entre 2024 et 2025.

Au cours de ses travaux, la commission d'enquête a été alertée sur **l'évolution particulièrement préoccupante des conditions de formation des infirmiers**, tant en ce qui concerne la pertinence de la sélection que l'adéquation aux exigences attendues pour l'exercice du métier.

¹ Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

² Le nombre maximum d'étudiants à admettre en 1^{re} année, qui était de 30 920 pour 2019-2020 et de 31 176 pour 2020/2021, a été fixé à 34 037 pour 2021/2022 et 36 104 pour 2022/2023 par l'arrêté du 13 juillet 2021.

Le professeur Rémi Salomon, président de la CME de l'AP-HP a ainsi indiqué que « *les jeunes infirmiers qui sont diplômés aujourd'hui sont moins bien formés qu'auparavant. Il faut se saisir à bras-le-corps du sujet, car tout se cumule : les jeunes, qui sont moins bien formés, se sentent moins prêts, la sélection, où il n'y a plus d'entretien, n'est pas adaptée, les stages en pédiatrie ont été supprimés et les stages pratiques sont problématiques.* »¹ Le président de la conférence des directeurs d'établissements privés non lucratifs, Jacques Léglise, indiquait quant à lui : « *La formation est un enjeu majeur. Les infirmiers et infirmières ne sont pas suffisamment formés en sortant des écoles. Les infirmiers de bloc opératoire ou de réanimation ne sont plus recrutés en sortie d'école. Visiblement, la formation de base est devenue beaucoup moins technique. Les jeunes infirmiers et infirmières ont peur désormais des soins très techniques. Le système est par conséquent à réinventer. Avec Parcoursup, beaucoup de jeunes réalisent qu'ils se sont trompés de voie. Le système est moins performant que celui de la sélection sur dossier. Nous devons en outre aller plus loin en matière de formation en alternance, d'apprentissage et de valorisation des acquis de l'expérience.* »²

Plusieurs autres témoignages recueillis par la commission d'enquête vont dans le même sens. Ils confirment les **problèmes spécifiques rencontrés pour le recrutement d'infirmiers spécialisés**, par exemple pour la réanimation, la formation ne comportant plus de module consacré aux soins critiques depuis plusieurs années. Ils révèlent également des difficultés plus inquiétantes parfois liées au manque d'acquisition de compétences de base à la sortie d'école, par exemple pour des calculs de dosage nécessaires aux injections. Enfin, on constate un **besoin croissant d'infirmiers spécialisés en gériatrie** qui demeure aujourd'hui insatisfait.

Depuis 2019, l'accès aux IFSI s'effectue après le baccalauréat par une **sélection de dossier passant par Parcoursup**. En dépit d'une demande particulièrement forte - 687 000 en 2021 - témoignant de l'attrait de la profession dans les représentations des futurs étudiants, le **taux d'abandon en cours d'études paraît particulièrement important**, comme on l'a évoqué plus haut, bien qu'il ne soit pas précisément établi faute d'un réel suivi régional et national.

Cette situation pourrait révéler l'**inadaptation de la sélection par l'algorithme Parcoursup**, puisqu'à partir d'une demande surabondante elle dirige vers les IFSI trop de profils paraissant insuffisamment motivés ou préparés à la réalité de la formation. De ce point de vue, l'entrée sur concours accompagnée d'un entretien de motivation au moment des épreuves d'admission, en vigueur jusqu'en 2018, paraissait donner de **meilleurs résultats**.

¹ Audition du 4 janvier 2022.

² Audition du 18 janvier 2022.

En outre, le passage à Parcoursup a annualisé le processus d'entrée en formation, auparavant réparti sur deux semestres. L'existence de **deux promotions annuelles d'infirmiers**, comme c'est toujours le cas pour les aides-soignants, présentait l'avantage de lisser les processus de recrutement, aujourd'hui concentrés sur la fin d'été, sans réelles possibilités de recrutements significatifs en cours d'année avant la promotion suivante. Or le rythme des départs, et donc des besoins en infirmiers, est largement décorrélé de ce rythme annuel de sortie d'écoles.

Les conditions de **déroulement des stages**, obligatoires avant d'occuper un poste, sont effectués dans des conditions souvent dégradées, voire maltraitantes selon certains témoignages recueillis, en raison de la surcharge des personnels infirmiers en poste. Cet élément joue certainement dans la déperdition en cours d'études. Les conditions de tutorat et d'accompagnement des stagiaires sur les terrains d'exercice doivent être améliorées.

Enfin, une **évolution des maquettes de formation** paraît nécessaire en vue d'une meilleure adaptation à l'emploi, tout comme sans doute, le développement de la formation en alternance ou de l'apprentissage.

Il était difficile, dans le cadre de cette commission d'enquête, d'effectuer une analyse détaillée des enjeux liés à la formation des infirmiers. Toutefois, les constats effectués par de nombreux acteurs hospitaliers montrent la nécessité de procéder rapidement à une évaluation approfondie et à des mesures correctrices.

Recommandation : procéder rapidement à une évaluation des conditions de formation des infirmiers, notamment des modalités de sélection des étudiants en début d'études et de l'adéquation des maquettes de formation aux exigences des métiers.

b) Une formation continue plus accessible pour enrichir les perspectives de carrière des soignants

Beaucoup d'acteurs hospitaliers ont jugé que les conditions les conditions d'insertion des soignants sortis d'école, et notamment des infirmiers, s'étaient dégradées, en raison d'une moindre disponibilité de professionnels plus expérimentés pouvant assurer leur encadrement et leur formation. Comme l'indique le professeur Rémi Salomon, « l'expérience de l'infirmier qui, ayant dix ans ou quinze ans d'ancienneté, disposait à la fois de savoir-faire et d'une capacité d'encadrement a été perdue dans beaucoup d'endroits. Et, dans des services hospitaliers de très haute technicité – dans le mien, on pratique des dialyses chez l'enfant –, il est désespérant pour un jeune infirmier de ne pas parvenir à pratiquer l'acte, alors que les professionnels plus expérimentés pouvaient autrefois montrer le geste technique à leurs jeunes collègues. Il en découle une perte de chance pour le patient et une perte de la qualité des soins. »¹

¹ Audition du 4 janvier 2022.

L'hôpital aimant, un authentique label de qualité pour attirer les talents

mardi 21 novembre 2023, par Bruno Benque

L'hôpital aimant est un endroit où il fait bon travailler. C'est, en préambule, le propos qu'a tenu Matthieu Sibe, lors des dernières Journées de l'AFDS, au sujet d'un concept qui est devenu un label de qualité aux USA. Un label que nous pourrions faire notre afin d'accroître l'attractivité des établissements de Santé, en faisant la promotion des ambiances de travail et des prise de décisions collégiales pour une efficacité collective optimale au sein des organisations.

Dans une période marquée à la fois par une pénurie de personnels et par un manque d'attractivité des métiers du cure et du care – qui sont souvent liés –, les initiatives pouvant permettre aux directeurs d'hôpitaux de signer de nouvelles embauches sont bonnes à prendre.

L'hôpital aimant, un endroit où il fait bon travailler

Dans ce contexte, ils devraient prêter une attention toute particulière au concept d'hôpital aimant. À l'occasion des Journées d'études des Directeurs de soins 2023, qui se sont déroulées dernièrement à Lyon, Matthieu Sibé, maître de conférences en sciences de gestion au sein de l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux, est revenu sur les processus qui font qu'un établissement de Santé est aujourd'hui plus attirant qu'un autre pour les professionnels de Santé.

L'hôpital aimant, a-t-il annoncé en préambule, c'est là où il fait bon travailler. Le terme aimant vaut d'ailleurs aussi bien dans le sens d'endroit qui aime ses employés mais également dans le sens de structure qui attire les personnels les plus compétents. Et il s'avère qu'aujourd'hui cette reconnaissance sonne comme une marque de fabrique permettant aux établissements d'accroître leur attractivité auprès des personnels paramédicaux, mais aussi médicaux.

Un authentique label de qualité aux USA

Ce concept n'est pas nouveau, puisqu'il est apparu en 1983 aux États-Unis sous l'appellation de Magnet Hospital dans un ouvrage publié par l'American Academy of Nursing et intitulé « Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurse ».

Mais c'est en 2005 qu'un article scientifique sur le magnet hospital a été élaboré aux USA, si bien que ce concept d'hôpital aimant est devenu un label pour lequel sont accrédités quelques 600 établissements américains, soit 10% du total dans ce pays. Les caractéristiques du magnet hospital sont tout d'abord l'empowerment, c'est-à-dire la possibilité, pour les personnels, d'agir et de se révéler, le leadership ensuite, par la montée en compétences, et le climat relationnel enfin, qui permet à tout un chacun de naviguer entre le care et le cure. Dans ce contexte, la qualité de vie au travail rend les personnels meilleurs, plus efficaces et performants. Des études récentes publiées dans Journal of nursing en attestent.

Ambiance de travail et prise de décisions collégiales pour une efficacité collective optimale

En France, une étude, à laquelle a participé Matthieu Sibé, a utilisé le processus COMET© (Contexte Organisationnel et Managérial en Établissement de santé) pour explorer le ressenti des agents dans 33 établissements auprès de 856 professionnels de Santé. Elle a ciblé le contexte du service, qui est plus révélateur d'une ambiance homogène que

l'ensemble d'un établissement par exemple, et a révélé trois classes d'établissements, les optimistes, les pessimistes et les structures comprenant des services aux profils contrastés.

Matthieu Sibé a pu ainsi, à l'issue de ce travail, confirmer que les organisations les plus abouties en termes d'ambiance et de prise de décisions collégiales avaient un impact majeur sur l'efficacité collective du service. Ce travail montre également que l'hôpital aimant joue sur l'humeur des agents, sur leur implication et, par conséquent, sur leur désir de rester au sein de l'organisation. Mais cette efficacité collective implique une mobilisation de toute l'équipe en renforçant le positif.

Un label de qualité que nous pourrions faire notre afin d'accroître l'attractivité des établissements de Santé

Les hôpitaux devraient donc s'emparer de ce process et le faire fructifier dans leurs organisations, afin d'attirer de nouveaux professionnels. Il s'agit ainsi d'amorcer la spirale positive qui consiste à occuper les postes vacants, ce qui a pour incidence de réduire la fatigue des agents, ce qui peut améliorer l'ambiance du service et, comme un éternel recommencement, attirer d'autres candidats de talent à l'embauche. Et pourquoi pas faire de l'hôpital magnétique un label de certification à l'américaine, les référentiels de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) n'apportant pas toutes les garanties dans ce domaine ?...

Bruno Benque
Rédacteur en chef

Pourquoi et comment soigner sa marque employeur en milieu hospitalier ?

Article STAFFSANTÉ

Depuis quelques années, la marque employeur est sur toutes les lèvres. 31% des établissements hospitaliers ont désormais mis en place une politique de marque employeur.

Mais que représente-t-elle vraiment ? Pourquoi les établissements de santé ne peuvent plus l'ignorer ? Comment passer du concept à la réalité ?

Avant d'aller plus loin, il est important de bien définir ce qui se cache derrière ce terme. D'après Pôle Emploi, "la marque employeur désigne l'ensemble des problématiques d'image de marque liées à la gestion des ressources humaines et au recrutement d'une entreprise."

La marque employeur est en effet l'une des composantes du marketing RH et a pour objectif de valoriser l'humain. Elle sert à la fois le recrutement et la fidélisation des collaborateurs. La marque employeur est complémentaire de la marque de l'entreprise qui est davantage tournée vers les patients, aidants ou encore prescripteurs. Pourquoi soigner sa marque employeur ?

Soigner votre marque employeur permet d'attirer de nouvelles recrues mais aussi de fidéliser vos salariés ou agents. Et, dans le secteur de la santé, l'enjeu est crucial.

D'abord parce que les établissements ont de plus en plus de difficulté à recruter. Si les candidats sont au rendez-vous, il est nécessaire de leur donner envie de vous rejoindre. En cela, votre marque employeur est votre première vitrine. Plus que de faciliter le recrutement, elle vous permet d'attirer directement les bons candidats, c'est-à-dire ceux qui se reconnaissent dans vos valeurs et votre projet.

Ensuite parce que l'absentéisme et le turn-over touchent de plein fouet les équipes soignantes et coûtent cher aux établissements. À titre d'exemple, une infirmière reste en moyenne trois ans dans un service d'urgence parisien, d'après Christophe Prudhomme, porte-parole de l'association des médecins urgentistes de France (AMUD).

Soigner votre marque employeur vous permet de réduire le turn-over de vos équipes ainsi que les coûts liés au recrutement. En effet, les entreprises avec une marque employeur forte diminuent de 43% leurs coûts d'embauche.

Pour qu'elle soit sincère et crédible, la marque employeur ne doit pas sortir du chapeau de quelques personnes dirigeantes. Elle doit refléter un réel sentiment d'appartenance et s'appuyer sur des actions concrètes. Il est important de rechercher le maximum de cohérence entre les trois piliers de la marque employeur : l'image employeur (la réputation interne et externe), l'identité employeur (l'ADN, les valeurs, la culture) et les pratiques Employeurs (les pratiques RH et managériales). Cette cohérence est nécessaire pour éviter une distorsion entre la promesse employeur véhiculée auprès des candidats et la réalité vécue par les salariés et ainsi limiter le turnover et l'absentéisme.

5 conseils pour mettre en place votre marque employeur

Vous souhaitez mettre en place une communication marque employeur dans votre établissement mais vous ne savez pas par quoi commencer ? Nous vous partageons quelques conseils :

1/ Effectuer un diagnostic interne et externe

Avant toute chose, il est important d'effectuer un diagnostic pour identifier les forces de votre établissement et surtout les faiblesses. En interne, vous pouvez, par exemple, réaliser une enquête de satisfaction auprès de vos collaborateurs ou mesurer l'expérience candidats lors des actions de recrutement.

En externe, des outils existent, tels que Sindup, pour vérifier votre e-reputation. Articles de presse, réseaux sociaux, forums, sites emploi, glassdoor... il est indispensable de garder un oeil sur ce qui se dit sur votre établissement. Cela vous permet de pouvoir répondre rapidement aux potentielles critiques, de rester à l'écoute d'indicateurs faibles et d'agir en conséquence.

2/ Prendre soin de vos soignants

Parmi ce qui vous différencie de vos concurrents, ce sont les actions que vous mettez en place pour vos professionnels. Selon la dernière enquête de Profil Médecin, plus de 52% des médecins ne sont pas satisfaits de leur qualité de vie au travail. Mettre en place des actions QVT est aujourd'hui un enjeu essentiel dans la fidélisation des soignants. Formations complémentaires, mise en place d'outils digitaux pour faciliter la communication, initiatives autour du bien-être, suivi de carrière, télétravail... les possibilités sont nombreuses. Mais, pour être efficaces, elles doivent avant tout répondre à un véritable besoin.

Le GHT NOVO a ainsi organisé une semaine bien-être pour prendre soin de ceux qui soignent. Séances de tai-chi, massages assis, luminothérapie ou encore ateliers de sophrologie étaient à la disposition des soignants pour soulager leurs tensions et leur stress. Soutenue par la direction, l'initiative a également fédéré en interne. Certains services se sont mobilisés, à l'image du service d'addictologie qui a proposé un stand de sensibilisation avec des cocktails sans alcool.

Le Centre Henri Becquerel, centre de lutte contre le cancer, quant à lui, propose le télétravail pour tous ses salariés, sous réserve que cela soit compatible avec leurs missions. A travers ce dispositif, deux objectifs principaux : améliorer la qualité de vie au travail de ses salariés et rendre les recrutements plus attractifs, notamment pour les métiers en tension. Aujourd'hui, une majorité des métiers utilise le dispositif, du personnel administratif aux médecins, comme les radiologues et les radiothérapeutes.

3/ Valoriser vos salariés

Qui mieux que vos collaborateurs pour raconter le quotidien et la vie de votre établissement ? N'hésitez pas à leur donner la parole. Site internet, réseaux sociaux, événements internes ou auprès de candidats... à vous de trouver le terrain d'expression le plus adapté à votre cible.

Par exemple, l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT) Oncopole a réalisé une exposition photos "Les métiers du soin" avec des portraits de soignants. Kinés, infirmiers, manipulateurs radio, psychologues, cadres de santé... ces portraits ont été dévoilés sur les réseaux sociaux (Instagram et Facebook) puis exposés au sein de l'établissement.

D'autres établissements réalisent des interviews collaborateurs, comme le Groupe Elsan, disponibles sur leur site internet.

Mettre en avant les parcours de vos salariés et valoriser leurs missions est aussi une façon de montrer votre reconnaissance envers eux et permet de renforcer le sentiment d'appartenance des salariés à votre établissement.

4/ Chouchouter vos candidats

L'expérience candidat fait également partie de votre marque employeur. Bien connaître vos potentiels futurs collaborateurs est donc la clé pour pouvoir marquer leur esprit. Vous pouvez, par exemple, créer des "persona" pour chaque type de poste (infirmier, médecin, secrétaire, aide-soignant...) pour identifier leurs propres enjeux et besoins et, ainsi, adapter votre communication.

De la rédaction de l'annonce à la réponse candidat, il est important de soigner chaque partie du parcours de recrutement. Détailler les missions et l'environnement de travail dans vos offres d'emploi, avoir la possibilité de postuler en un clic, offrir un contenu adapté comme un témoignage d'un collaborateur... chaque détail compte.

L'innovation et l'originalité peuvent aussi permettre de sortir du lot. Face à la difficulté de recruter en milieu rural, la Maison de Santé du Plateau de Nozeroy a, par exemple, réalisé une parodie de la célèbre série "Bref."

5/ Pré-emptez les réseaux sociaux

Aujourd'hui, ne pas être présent en ligne n'est plus une option envisageable. 83% des embauches commencent par une recherche en ligne sur l'entreprise ¹. Les informations se partagent en temps réel et les réseaux sociaux sont devenus des vecteurs d'informations efficaces. Comme évoqué dans les exemples précédents, les établissements les préemptent de plus en plus. Instagram, Facebook, Twitter, LinkedIn ou encore Youtube vous permettent de jouer la carte de la transparence tout en contrôlant l'information. Attention, pour que votre communication soit efficace, il est important de définir en amont une ligne éditoriale et de poster régulièrement du contenu.

La fidélisation des équipes est un défi pour près de la moitié des établissements de santé

Publié le 22/06/21 par Clémence Nayrac
Article Hospimedia

43% des établissements de santé placent la fidélisation des équipes comme l'un des principaux défis à relever en 2021. Il faut dire qu'un quart d'entre eux relatent des difficultés de recrutement. C'est ce que dévoile une enquête menée conjointement par Permuto et Horizontal software.

Face aux difficultés de recrutement, les établissements de santé misent sur la qualité de vie au travail et la fidélisation de leurs équipes via, par exemple, des dispositifs de micro-sieste.

Quelles sont les tendances 2021 des pratiques en matière de ressources humaines (RH) dans la santé ? C'était l'objet de l'enquête menée en partenariat par la solution de remplacement Permuto* et Horizontal software et dévoilé lors d'un webinaire le 17 juin, dans le cadre de la semaine de la qualité de vie au travail (QVT). Cette dernière s'établit d'ailleurs comme l'une des priorités des établissements, associée à la fidélisation, au recrutement, et pour les établissements publics, à la mise en place de l'entretien professionnel. 71% des établissements interrogés ont ainsi répondu avoir déjà mis en place une démarche de QVT.

Méthodologie

L'enquête a été menée en ligne entre février et avril 2021. Elle a été réalisée par questionnaire auprès de 150 directeurs des ressources humaines, directeurs de soins et directeurs d'établissements de santé.

Cette démarche répond à trois principaux enjeux : d'abord le bien-être du soignant, mais aussi l'amélioration de l'attractivité et l'augmentation de l'engagement des professionnels de santé au sein de leur établissement. "On voit fleurir dans beaucoup d'établissements et d'entreprises, des ateliers d'animation, massage, relaxation...", détaille Rémi Griffet, responsable activité de Permuto. Par ailleurs, au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) notamment, le constat est fait d'une volonté des salariés d'améliorer l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, une dimension qui s'est encore accrue dans le contexte de crise sanitaire. Quelles conséquences pour la gestion des ressources humaines ? Des sollicitations pour l'aménagement du cadre de travail et la nécessité d'accompagner le management de proximité par exemple. Attention toutefois à doser ses actions de QVT : "Il ne faut pas confondre action de QVT et communication. Les actions QVT doivent être durables, sinon elles peuvent vite être perçues comme telles", souligne lors du webinaire Nicolas Delmas, directeur des ressources humaines au sein de l'hôpital Bichat de l'AP-HP.

L'enjeu de la fidélisation...

La qualité de vie au travail contribue à un autre enjeu majeur pour les établissements de santé : la fidélisation du personnel et plus largement la fidélisation "des compétences". Un défi à relever pour 43% des établissements. L'étude relate aussi que 87% des établissements se sentent concernés par les problématiques d'absentéisme. 57% confient avoir des difficultés quant à l'organisation et à la planification. Il faut donc redoubler d'initiatives pour fidéliser. "Il est important d'associer ses équipes et de les impliquer dans la vie de l'établissement", note Nicolas Delmas.

Sur ce point aussi, la crise sanitaire a eu ses effets. Au CH de Bourg-en-Bresse (Ain), les derniers mois ont été marqués par un important absentéisme, "qu'il s'agisse d'un absentéisme de courte ou de longue durée", explique Frédéric Debise, le directeur des ressources humaines de l'établissement. Une réalité qui "déstabilise beaucoup nos

organisations et qui est consommatrice de temps de gestion pour l'encadrement", poursuit-il, évoquant entre autres la problématique des rappels du personnel sur le temps de repos. "Ces sujets pèsent dans le fonctionnement quotidien des établissements", résume-t-il.

Zoom sur l'entretien professionnel

En application de la loi de transformation de la fonction publique, l'entretien annuel professionnel remplace la notation depuis le 1er janvier 2021. Une préoccupation pour 70% des répondants de l'enquête, logiquement des établissements publics. Parmi eux, 55% déclarent mettre en place de nouvelles actions avant l'été, 29% le feront dans le courant de l'année et 16% le feront après 2021, soit après la mise en œuvre de la loi.

... dans un contexte de difficultés de recrutement

"Fidéliser est d'autant plus important que recruter est extrêmement compliqué", complète Rémi Griffet. C'est d'ailleurs la dernière grande problématique mise en lumière par cette enquête. Le recrutement est même le plus grand défi RH pour 24% des établissements interrogés et d'autant plus vrai pour les établissements de moins de 500 salariés, qui sont 55% à déclarer être concernés par ces difficultés. Par ailleurs, 13% des établissements de santé utilisent une solution de recrutement. Quid de la "marque employeur" ? Moins d'un tiers des établissements en ont mis une en place.

"L'AP-HP est aussi concernée par les difficultés de recrutement, sur les postes infirmiers particulièrement. Nous avons clairement un déficit d'attractivité lié au coût de la vie", reconnaît Nicolas Delmas. Il estime que "longtemps, les hôpitaux parisiens se sont reposés sur leur réputation historique" mais les professionnels de santé ont aujourd'hui d'autres attentes, et notamment une meilleure qualité de vie. "Les hôpitaux ne se sont pas adaptés à la nouvelle donne. Il y a un travail à faire pour donner aussi une image un peu plus moderne", suggère Nicolas Delmas.

Le territoire est différent mais les difficultés sont aussi réelles à Bourg-en-Bresse. Cette problématique concerne l'ensemble des métiers, y compris les administratifs. "Nous avons par exemple du mal à recruter un responsable de cellule des marchés publics, ou encore des systèmes d'information, dans un univers très concurrentiel. Et puis évidemment des difficultés sur les postes infirmiers et aides-soignants", développe Frédéric Debise. Comment explique-t-il cette pénurie ? "Nous avons laissé paraître, y compris dans les médias, une image d'environnement difficile, certains acteurs se sont écartés du milieu hospitalier", constate-t-il. D'où l'importance de fidéliser ses équipes — médicales ou non — et de leur apporter "un certain nombre de garanties" en matière de qualité de vie au travail.

Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner

Yvon Brunelle

DANS PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS 2009/1 (VOL. 40), PAGES 39 À 48
ÉDITIONS CNAMTS

ISSN 1952-9201

DOI 10.3917/p05.401.0039

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm>



CAIRN
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner

Magnet hospitals: a hospital with good working and care conditions

Brunelle Y¹

Résumé

En 1983 paraît une étude américaine montrant que si les problèmes de roulement élevé du personnel infirmier étaient déjà répandus, certains hôpitaux s'en tiraient nettement mieux. Ils recrutèrent et gardaient assez facilement, d'où leur nom d'hôpitaux magnétiques.

Pourquoi eux ? Encore aujourd'hui, la littérature évaluative est d'une grande cohérence quant aux variables critiques à la base de leur succès. Celles constituant des incitatifs non-économiques (comme la valorisation et le soutien) sont d'aussi puissants, sinon de plus puissants, « prédicteurs » de comportements que les variables jouant sur le revenu. Ces hôpitaux paient bien, mais rien de hors-normes. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer.

Dès l'étude initiale, les auteurs notent la convergence entre les réponses des infirmières et celles de la direction, sur les éléments qui font que des hôpitaux sont magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. Dès lors, *a priori*, on fait assez confiance et ne cherche pas un éventuel agenda caché. C'est une gestion par les « gestes et l'exemple ».

Les traits de « bon employeur » des hôpitaux magnétiques permettent de soutenir que la réalité décrite s'applique à l'ensemble du personnel. Le personnel infirmier devient un cas traceur révélateur de l'ensemble. Ces portraits canadien, européen ou encore de sous-systèmes américains (comme l'exemple de Kaiser Permanente) montrent que des éléments systémiques jouent. Le tout n'est pas qu'affaire de gestion d'établissements isolés. Le dossier hôpitaux magnétiques ne doit pas servir à dédouaner les administrations centrales. La tentation sera toutefois forte.

Prat Organ Soins 2009;40(1):39-48

Mots-clés : Hôpital ; magnétique ; qualité des soins ; infirmier ; profession infirmier.

Summary

In 1983, a study was published showing that, if hospitals were already facing a nursing turn over problem, some were still doing well. They had no retention or recruiting difficulties. They were then labelled as *Magnet Hospitals*.

But why them? 25 years later, evaluations are still showing a great consistency in the major elements explaining those results. Non economic incentives (ex. valorization, support) appear to be as important, or even more, than the traditional economic ones. Those hospitals pay well, but nothing really outstanding. However, what is exceptional is the working environment. For providers, their hospital is a *good place to work* that you can be proud of.

In the initial study, researchers emphasized the coherence in the answers given by the nurses and the management. Both had the same explanations for their success. They shared a *point de vue*. The same findings still prevails today. Providers are not constantly looking for a hidden agenda. Trust is well established.

Magnet Hospitals display the main characteristics of what is now known as "good employers". So we suggest to extend what appears to make the Magnets so special to other categories of personnel, than the single nurses.

Data from Canada, European countries and some US systems like Kaiser or the VHA show that systemic aspects are important issues. The working environment is not only a "local game", meaning that "head offices" are free to pleasantly roam around, strutting and hustling everybody else. Raising Magnet Hospitals as an issue in a national system should not put them off the hook. Yield to this bias will be the last temptation.

Prat Organ Soins 2009;40(1):39-48

Keywords: Hospital; magnet; quality of health care; nurses; nursing.

¹ Chercheur, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Canada).

Adresse pour correspondance : Yvon Brunelle, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1075 chemin Ste Foy, 9e, G1S 2M1 Québec, Province de Québec, Canada.
E-mail : Yvon.brunelle@mss.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

Il existe des hôpitaux américains qualifiés de *magnet hospitals*. Ils sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. Nous les identifions de manière similaire : les hôpitaux magnétiques.

Passé certains seuils, un roulement élevé de personnel infirmier devient source de dysfonctionnement. Dès lors, il constitue un indicateur de non qualité que ce soit en milieu ambulatoire, hospitalier ou de séjours de longue durée [1-9]. Celui des hôpitaux magnétiques est évidemment plus bas que la moyenne.

Notre hypothèse est que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, le roulement de cette catégorie de personnel est devenu un indicateur beaucoup plus vaste de la réalité hospitalière, que ce soit sur la base d'un établissement, mais aussi d'un réseau ou d'un système. Le taux de roulement devient une forme de cas traceur [10].

Dans cet article, nous :

1. retraçons l'origine des hôpitaux magnétiques ;
2. traitons leur élément clé : le roulement de personnel ;
3. analysons leurs incitatifs et l'évolution connue ;
4. les situons par rapport au titre de « bonne entreprise » ;
5. montrons le lien avec les questions de qualité et d'efficience.

À des degrés variables, les difficultés affectant le personnel infirmier sont communes à toutes les sociétés occidentales, et s'accompagnent d'une perception de mauvaise utilisation du *nursing* (rôles, tâches) [2, 11-15]. Mais certains systèmes ou certains milieux réussissent mieux.

1. Apparition de la notion d'hôpital magnétique

Dès le début des années 1980, aux États-Unis plusieurs groupes concernés (administrateurs, assureurs, chercheurs) ont pris conscience des problèmes concernant les effectifs infirmiers [16]. La pénurie était déjà manifeste. Un seuil critique avait été atteint, et même dépassé dans plusieurs centres hospitaliers. Les dysfonctionnements en étaient accentués. Or, le personnel infirmier dispense la majorité des soins dans un centre hospitalier.

C'est en 1983 qu'est parue l'étude [16] montrant que si les problèmes de gestion du personnel infirmier étaient très répandus, en particulier ceux liés à un roulement élevé. Certains hôpitaux réussissaient nettement mieux. Comparativement, ils recrutèrent et gardèrent assez

facilement leur personnel infirmier [1, 13, 16, 17]. La question devient : pourquoi eux ?

Pratiquement au même moment les *Diagnosis related groups* (DRG) étaient introduits pour le paiement des hôpitaux, mode de paiement maintenant très répandu dans divers pays européens (T2A en France). La pression pour une gestion efficiente des lits des hôpitaux, particulièrement leurs durées de séjour, s'est accentuée. Or, un fort roulement de personnel handicape un fonctionnement optimal et influe négativement sur les durées de séjour [18, 19]. Le questionnement n'en devient que plus aigu.

En soi, le milieu hospitalier semble assez délétère, si on s'en remet aux taux d'absentéisme et d'incapacité. Depuis longtemps, ceux des infirmières dépassent ceux de presque toutes les autres professions [2, 13, 20, 21]. C'est un travail exigeant mentalement et physiquement. Si un contexte négatif se superpose, les effets peuvent être rapides, spectaculaires et difficilement réversibles [8, 22].

2. Satisfaction, intention de quitter et roulement

Le roulement du personnel peut être « normal » (au sens de souhaitable), ni trop élevé, ni trop bas [8, 23]. Il peut être aussi volontaire ou involontaire, donc plus ou moins sous le contrôle des appareils administratifs. Nous nous intéressons ici au roulement élevé, celui sous contrôle potentiel des administrations et affectant le plus régulièrement, et négativement, un établissement, un réseau ou un système.

Un fort roulement de personnel est considéré être une sérieuse source de problèmes, en particulier lorsque la connaissance mutuelle, le travail d'équipe, l'expertise professionnelle, la circulation de l'information, et le temps de formation en emploi constituent des variables critiques d'un milieu donné. C'est le cas des milieux hospitaliers [2, 3, 24-28].

Des coûts sont induits par le besoin de recruter et de recourir aux agences ou au temps supplémentaire, surtout forcé (ce qui accentue l'insatisfaction, le roulement et les événements négatifs) [8, 29-33]. À ces coûts s'ajoutent ceux de la formation des nouvelles venues, du ralentissement requis par le temps d'adaptation, d'une baisse de productivité de celles en place, d'une utilisation non optimale des lits (pratique plus défensive, moral affecté, cohésion d'équipe ébranlée, continuité d'approche instable) [8, 19, 21].

Indépendamment de ces effets, un roulement élevé peut aussi témoigner de problèmes internes de gestion, soit spécifiques à un établissement, soit caractéristiques d'un système [7, 34]. En fait, il apparaît difficilement

pensable (*face validity*) que les infirmières puissent être satisfaites dans un établissement donné ou dans un système, alors que les autres groupes de dispensateurs fuiraient. Aux États-Unis, les données du réseau *Mayo*, de *Kaiser permanente* et du *Veterans health administration* [7, 18, 25, 35-37] montrent ce que Aiken [1] appelle un effet de halo, l'ensemble des groupes sont touchés positivement ou négativement.

Un milieu délétère accentue les problèmes de pénurie par un épuisement du personnel en place, mais aussi, comme le soulignent Baumann et al. [2], décourage les éventuelles recrues. Au Québec, Dussault et al. [38] signalent que plusieurs étudiantes infirmières abandonnent en cours de route. À long terme il est vrai, ceci peut devenir un problème encore plus sérieux que le seul roulement. Avoir quelques hôpitaux, aussi magnétiques soient-ils, ne pourra suffire à compenser une image d'ensemble négative. Eux aussi feront de plus en plus face à une incontournable pénurie. Les hôpitaux magnétiques américains ne sont pas dans une période faste. Les difficultés d'ensemble les affectent aussi, mais moins, nettement moins.

La profession d'infirmière est actuellement peu prisee. Cette situation préoccupante ne date pas d'hier [38, 39]. On est alors dans un cercle vicieux dont il devient difficile de sortir [8, 22]. Le faible recrutement accentue les pressions sur les infirmières en place, ce qui détériore davantage le milieu et augmente les perceptions négatives externes conduisant à une fuite de la profession [40].

Le lien satisfaction/insatisfaction au travail et rétention/roulement de personnel est connu dans l'ensemble des milieux de travail [7, 21, 41]. Mais son caractère critique varie. Dans le milieu hospitalier, il est indéniable. Une satisfaction élevée est associée à un taux d'épuisement professionnel inférieur et réduit le niveau de stress émotionnel [1, 3, 19, 42]. Le niveau d'intention de quitter baisse.

Depuis longtemps, l'enchaînement semble demeurer toujours le même [3, 8, 14, 19, 21, 23, 40, 43-48] : Conditions négatives/positives ► insatisfaction/satisfaction ► intention de quitter/rester ► départ/maintien. L'ensemble est étroitement lié, mais les facteurs affectant l'une ou l'autre composante varient. L'insatisfaction au travail influe sur l'intention de quitter qui, elle, se concrétisera par des départs. Si le simple départ est difficile (par exemple en milieu rural), diverses formes de fuites du travail prendront place (par exemple l'absentéisme).

Lorsque départ et fuites sont impossibles, on peut être face à un « présentéisme », terme lancé par monsieur Jean-Pierre Brun (Université Laval) [49]. Dans un tel cas, les employés sont physiquement présents (présen-

téisme), mais souvent perturbés (stress, concentration). Leur potentiel est réduit. Ils s'investissent le moins possible, quittent dès que possible et sont mentalement plus ou moins présents. Le tout va régulièrement de pair avec des mécanismes compensatoires (*coping*), dangereux pour l'individu et/ou l'organisation (par exemple la toxicomanie) [14, 21]. Ce phénomène est nettement plus difficile à mesurer que les diverses formes de fuites du travail induisant un roulement (départs prématurés, retraites anticipées, absentéisme, assurance de maintien de salaire lors d'une interruption de travail). Pour en évaluer l'ampleur, il serait nécessaire de disposer d'études qualitatives. Une politique agressive visant directement une forme de fuite du travail pourra réduire spectaculairement, mais provisoirement, le taux de recours à l'assurance de maintien du salaire. Ce fut le cas au Québec au début des années 2000 [50]. En apparence, on améliore alors le score du moment. On peut même calculer son effet en termes d'économies. En fait, on aura retiré, à l'assurance de maintien du salaire, de sa validité à titre d'indicateur de l'insatisfaction au travail. Si les sources de problèmes ne sont pas corrigées, cette forme d'absentéisme sera remplacée par d'autres ou par le présentéisme. Il reste à savoir si elles sont moins coûteuses (coûts directs et indirects, transfert de risques). Le débat est ouvert. À défaut de données, toute profession de foi peut prévaloir.

Dans une conjoncture où l'on s'arrache le personnel infirmier, les freins au départ disparaissent encore plus rapidement, surtout en milieu urbain [8]. Les simples départs sont facilités.

La satisfaction ou l'insatisfaction résultent de diverses conditions instaurées ou non par les établissements, mais aussi les systèmes de soins les encadrant. Ainsi agréés ou non à titre d'hôpitaux magnétiques, les centres hospitaliers du *Veterans' health administration* américain (VHA) en affichent les principales caractéristiques, et même parfois au-delà [7, 35, 36, 51]. La variance entre établissements est réduite. Des éléments systémiques y contribuent : l'importance effective de la qualité clinique, la cohérence des incitatifs, la valorisation du personnel, etc. [16, 84].

3. Incitatifs et hôpitaux magnétiques

La littérature évaluative internationale est d'une grande constante quant aux variables critiques à la base du succès des hôpitaux magnétiques [1, 7, 8, 13, 19]. Les variables constituant des incitatifs non-économiques (par exemple : la valorisation, la rétroaction) sont d'autant plus puissantes — sinon de plus puissantes — aiguillons de comportements que les variables jouant sur la composante revenu [19, 23, 34, 40, 46, 52, 53]. Dans la récente revue de littérature de Hayes et al. [19], la force centripète de la satisfaction au travail ressort comme

plus critique que la force centrifuge de facteurs externes amenant des départs (par exemple les opportunités d'emploi).

Les hôpitaux magnétiques paient bien, mais il n'y a rien d'exceptionnel ou de hors-normes [16, 41, 54] dans leur niveau de rémunération. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer [23, 40]. Lors d'évaluations qualitatives, les expressions les plus souvent notées sont : *It's a good place to work* ou encore *They listen to us* [7, 8, 16, 17]. Dans l'évaluation initiale de 1982-83, le terme *listen* était même le plus utilisé, autant par les infirmières que par les gestionnaires des établissements évalués [16, 17]. Certains de ces derniers considéraient que leurs meilleurs consultants étaient leurs employés. C'est autant d'économisé en consultations externes avec, en prime, un gain de crédibilité en interne.

Un accès facile et informel à la haute direction concrétise l'impression, à tout le moins, d'être écouté et constitue un trait distinctif des hôpitaux magnétiques [7, 16, 40]. En conséquence, on note une hausse de la confiance manifestée par le personnel envers l'administration, les changements sont mieux perçus et reçus. Ils sont même recherchés [1, 3, 7]. Un hôpital magnétique est un milieu où on expérimente volontiers [54].

Les auteurs de l'étude initiale [16, 17] étaient impressionnés par la convergence des réponses des infirmières et celles de la direction *nursing* sur les éléments qui font que des hôpitaux sont des hôpitaux magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. *A priori*, on fait assez confiance à l'administration. En conséquence, on n'est pas constamment à la recherche d'un éventuel agenda caché, car selon la savoureuse expression du terroir : *les bottines suivent les babines*. Il n'est alors pas besoin de discourir autant. C'est une gestion par les gestes et l'exemple, ce qui est cohérent avec l'importance des perceptions dans le succès des hôpitaux magnétiques [40, 55, 56].

4. Évolution vers huit conditions essentielles

Initialement, une batterie de variables (environ 65) furent associés aux hôpitaux magnétiques [13, 16, 17]. Le tout a progressivement été ramené à huit conditions essentielles traduisant mieux les importants changements survenus dans la pratique infirmière et les milieux hospitaliers (par exemple les évolutions technologiques). Les objets d'attention se sont modifiés. Les variables critiques se sont modulées. Ainsi, les questions de *ratio* de personnel sont devenues plus lancinantes.

Mais l'étiquette d'hôpitaux magnétiques est demeurée, ainsi que l'indicateur de base : le roulement du person-

nel infirmier. Vingt-cinq ans plus tard, c'est toujours un établissement qui se démarque par son attraction/rétention d'infirmières, un faible roulement et une forte satisfaction au travail ... *because they can give quality care* [page 26 in 40]. Ce dernier point semble immuable.

Sous une forme ou une autre, on trouve mention de ces huit conditions essentielles dans les études évaluatives des hôpitaux magnétiques. Elles sont aussi présentes en d'autres contextes d'évaluation de la pratique infirmière ou du milieu hospitalier. On peut les énoncer ainsi :

1. **L'autonomie professionnelle des infirmières** [1, 3, 7, 13, 25, 57, 58]. Elle vient au premier plan et se concrétise dans les tâches effectuées, des modèles de soins solides (*evidence based*), la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover. L'identification professionnelle joue à plein, en soi elle contribue à surmonter des conditions difficiles et réduit le roulement [19].
2. **Le support fourni par les appareils administratifs** dans les diverses conditions de travail : sécurité au travail, équipement, soutien informatif (comme la rétroaction), garderies, etc. [1, 2, 7, 13, 17, 19, 34, 43, 46, 47]. C'est une gestion qui supporte et surtout qui est vue comme équitable [19].
3. **Une bonne collaboration entre médecins et infirmières** [1, 7, 13, 17, 27, 43, 58-61]. C'est une variable critique du cabinet de médecin (à condition d'avoir de telles infirmières) en milieu institutionnel, et les hôpitaux magnétiques ne font pas exception.
4. **La valorisation professionnelle et le leadership infirmier** [1-3, 13, 19, 46, 62, 63]. Au-delà de discours creux, la valorisation se vérifie dans les actions de l'administration : l'encouragement à suivre/donner des cours, l'importance de la formation continue, etc. À défaut, les infirmières reproduisent ce qu'elles ont appris. Au mieux, elles peuvent en rester là, faute de moyens [64]. Au pire, il y aura induction d'un enchaînement : routine ► déqualification progressive ► insécurité croissante (trop peu de roulement) ► et présentisme. La valorisation transparaît aussi dans le statut du *nursing* dans le centre hospitalier (comme sa place dans les instances décisionnelles) ainsi que la qualité d'un *leadership* infirmier. Le personnel se sent respecté, terme revenant systématiquement dans les évaluations des hôpitaux magnétiques [16]. Respect et confiance en l'administration vont de pair [48, 65].
5. **Des relations positives avec les pairs**, vus comme compétents [3, 7, 13, 16, 19, 25, 47, 66]. Dans les

25 années pendant lesquelles des évaluations ont été menées, une expression est apparue régulièrement : *Ici, c'est une famille*. On est soutenu par les autres, mais aussi porté à ne pas laisser tomber les collègues. Volontiers, on appartient à un groupe (*belonging*), on s'implique (*involvement* et *commitment*), on est motivé (*dedicated*) [42, 65]. Ces traits jouent sur l'efficacité [3, 8]. Il y a un faible recours aux agences de placement de personnels intérimaires dans les hôpitaux magnétiques, ce recours étant un indicateur de dysfonctionnement [9, 17, 60, 67]. Avoir des collègues vécus comme compétents permet l'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe [22, 28, 67]. On sait avec qui on travaille, on peut agir en conséquence. À défaut, jamais la notion d'équipe ne peut prendre corps.

6. **Un ratio de personnel adéquat** [7, 13, 16, 43, 47, 68-74]. Les centres hospitaliers américains privilégient l'intensité de traitement. Ils ont des ratios élevés de personnel, malgré les problèmes généralisés de recrutement. Ces problèmes sont moins aigus pour les hôpitaux magnétiques, même s'ils affichent des ratios particulièrement élevés. De plus, la proportion d'infirmières très qualifiées y est plus importante, ce qui semble annoncer de meilleurs résultats (au sens de *outcomes*) [61, 71, 75].
7. **Un focus client** [16, 54, 76]. L'objet d'attention est le client, c'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements. La dimension clinique transcende.
8. **L'importance de la qualité** [8, 13, 16, 40, 76]. La recherche d'une meilleure qualité des soins et services est un indéniable attrait pour tout groupe professionnel... si elle dépasse le stade du discours. Dans l'étude comparative de Kramer et Schmalenberg [7], *...being able to give quality patient care...* [page 277 in 7] explique plus de 80 % du différentiel dans la satisfaction au travail et 86 % de la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier, dans les hôpitaux magnétiques en comparaison des autres.

En soi, plusieurs de ces huit variables ne comportent aucun coût additionnel (des coûts de transition parfois) ou même peuvent induire des économies (moins de recours aux agences) [1, 13, 16]. Lorsqu'il y a un coût supplémentaire (en relation avec le support ou le *ratio*, par exemple), les gains d'efficacité peuvent le compenser, au moins partiellement.

5. Les traits d'une bonne entreprise

Habituellement, les études comparent des hôpitaux magnétiques à d'autres hôpitaux non identifiés à ce

titre, ou encore suivent le schéma d'étude avant/après. Mais, à la fin des années 1980, Kramer et Schmalenberg [41, 54] ont mené une étude qualitative visant à analyser 16 de ces hôpitaux sous l'angle des meilleures entreprises du secteur privé, hors du domaine de la santé. Les traits mis en lumière sont toujours d'actualité. Ils ont l'avantage de déborder le seul personnel infirmier. Ce sont tous les employés qui sont concernés.

Sur huit critères, caractérisant ces meilleures entreprises, sept se retrouvent présents dans les hôpitaux magnétiques, le plus souvent à un degré très élevé. L'élément absent est le principe de se centrer sur sa mission et son expertise *stick to the knitting* [41]. Les hôpitaux magnétiques peuvent être « fureteurs ». Pour le reste, ils :

1. **Privilégient l'action**, la devise pouvant en être : *Chaotic action is preferable to orderly inaction* [page 17 in 54]. La direction est présente et accessible sans crainte (confiance). L'erreur est admise, mais pas la faute. On essaie et corrige vite si ça ne fonctionne pas. On laisse beaucoup de place à l'informel, ce qui confère souplesse et rapidité. De là, l'importance d'une équipe stable, notion qui revient souvent, où les gens se connaissent et se comprennent à demi-mot. Surtout : les infirmières ne sont pas considérées être des pièces interchangeables. La gestion est plus professionnelle que bureaucratique. C'est la première marque du respect.
2. **Ont un souci concret du client**, la devise pourrait être... *outstanding- no superb- reputations* [page 22 in 54]. À l'affût pourtant, les auteurs n'ont jamais entendu : *I can't wait to get out of here* [page 20 in 54]. Il y a un souci de la qualité dans tous les départements des hôpitaux magnétiques, y compris ceux en support (comme la pharmacie). Beaucoup de rétroaction est donnée aux professionnels. Ils peuvent se comparer, se situer puis chercher à comprendre et corriger. Un support leur est rapidement fourni en cas de difficulté. L'infirmière peut alors se consacrer à son patient car... *someone else is taking care of me* [page 12 in 41].
3. **Favorisent l'autonomie et le dynamisme**, la devise pourrait être... *known for their innovations* [page 23 in 54]. L'autonomie professionnelle est mise de l'avant, nous l'avons déjà amplement souligné.
4. **Recherchent la productivité, mais avec l'appui des employés**, la devise pourrait être... *feeling of family...* [page 11 in 41]. Le respect des employés est manifeste, mais en sus le terme « famille » revient constamment lors des entrevues faites. Il y a beaucoup d'informel, évitant la bureaucratisation des rapports.

5. Sont portés par des valeurs ancrées et partagées, la résultante devient un bannissement des... *union threats, poor nursing and poor medical practice* [page 14 in 41]. Les observateurs sont frappés par les histoires évoquées systématiquement dans ces hôpitaux, en lieu et place de directives formelles. Les valeurs sont ainsi formulées, véhiculées et reproduites. Ces valeurs expliquent ce qui se passe. Les relations avec des gestionnaires stables, présents et accessibles supportent le tout.

6. Comptent peu de paliers hiérarchiques et de faibles taux d'encadrement supérieur, le leadership est clinique. Ceci favorise autonomie et gestion décentralisée... *a major hallmark...* [page 16 in 41]. La chaîne de commandement est parfois difficile à retracer. Ce flou donne l'impression d'une constante réorganisation. Dans les faits, fusions et réorganisations administratives sont peu le lot des hôpitaux magnétiques. L'impact en est souvent négatif [1, 60, 76].

7. Affichent une gestion souple et ferme à la fois (*loose tight properties*). C'est la caractéristique la plus difficile à traduire. Résumons-la par : une gestion très ferme sur quelques points clés (comme le système d'information), avec en parallèle énormément de marge de manœuvre donnant parfois une fausse impression de désorganisation (*messiness*). Il faut une bonne dose de confiance de la part des gestionnaires pour accepter ces flottements. Il faut aussi une bonne dose de confiance entre pairs pour la vivre. L'autocontrôle par les pairs devient une variable centrale. La discipline provient d'abord des valeurs partagées, du regard des autres. Une forte culture d'entreprise joue *Nothing gets very far out of line* [page 16 in 41]. Puisque le recrutement est moins difficile, on peut se permettre de licencier après une période d'essai.

Malgré le déficit général de personnel infirmier affectant toute société (*external shortage*), une organisation réunissant ces caractéristiques réduit, au mieux, son déficit interne (*internal shortage*) [41]. Celui sur lequel elle peut influencer, allant du simple établissement à un système.

Dans une étude Stordeur et D'Hoore [56] constatent que les « bons » centres hospitaliers belges affichent les caractéristiques générales des *healthy workplaces* : peu hiérarchisés, très grande confiance entre travailleurs, milieu supportant et gestion consciente de l'importance du support à fournir. On retrouve nos variables des centres hospitaliers magnétiques. Une comparaison européenne montre que les infirmières belges semblent aussi parmi les plus satisfaites [36], même s'il demeure de fortes variances [56], une responsabilité de système.

6. Des « prédicteurs » de qualité et d'efficience

Lors de l'étude initiale, en 1983, on pouvait raisonnablement postuler un lien entre la qualité des soins ou l'efficience et le fait d'afficher les caractéristiques des hôpitaux magnétiques [16]. Il est devenu possible d'être davantage affirmatif, même si les liens de cause à effet demeurent parfois imprécis [1, 31, 32, 43, 58, 60, 69, 79].

On peut insérer la rétention du personnel infirmier dans le schéma classique de Donabedian [50] détaillant Structure ► Processus ► Résultats (*outcomes*) [4, 5, 7, 66, 80]. Une série d'éléments s'enchaînent, diverses formes de résultats apparaissent en succession. Sous des conditions adéquates d'utilisation, tous peuvent servir d'indicateurs [80].

- a) **Structure** : sous l'influence de diverses variables systémiques ou locales, la satisfaction du personnel induit l'intention de rester dans un établissement ou même une profession. Le faible roulement de personnel et une forte rétention en témoignent.
- b) **Processus** : de ce fait la stabilité du personnel est acquise, une connaissance mutuelle devient possible, un sentiment d'appartenance naît, la confiance s'installe, l'implication individuelle grandit et la vitale notion d'équipe se concrétise [27]. Le fonctionnement est plus fluide, divers coûts sont réduits (efficience, dont durée de séjour).
- c) **Résultats** : finalement, pour la clientèle, des résultats supérieurs de santé paraissent en découler (par exemple, moins de mortalité ou de complications, ou un meilleur rétablissement), dont une satisfaction très élevée.

Le roulement affecte la qualité, par exemple en perturbant les relations professionnelles et les communications, car *As turn over increases, communication is likely to become less accurate* [page 1914 in 8]. La circulation de l'information est une composante particulièrement critique de la qualité et, lorsqu'elle est mauvaise, elle devient une source importante d'erreurs [4, 63].

Satisfaction des infirmières, et de tout le personnel, et satisfaction des usagers sont liées [1, 4, 19, 61]. La satisfaction des usagers peut être considérée comme un objectif à poursuivre en soi (*outcomes*). Mais des usagers satisfaits sont aussi : a) plus respectueux du traitement à suivre (*compliance*), b) moins portés au nomadisme (fidélité) c) plus à même de se rétablir mieux [80, 81]. Ce sont trois considérations majeures d'efficience pour un système de soins, public ou privé.

À différentes reprises nous avons souligné l'importance de la confiance soit entre pairs, soit entre administration et professionnels. Dans ce dernier cas, elle réduit le besoin de contrôles et l'introduction de normes tatillonnes tout en permettant de conférer plus d'auto-

nomie ou d'initiatives [18]. Entre pairs, cette confiance est vitale. Elle permet de passer du stade de groupe à celui d'équipe, amenant implication et entraide [22, 67, 68]. Il en résulte un bannissement des comportements parasites (*sucker effect* [22]) et des mentalités opportunistes (*calculative mentality* [22]).

Le fonctionnement fluide des hôpitaux magnétiques favorise une réduction des durées de séjour, ainsi que du recours aux soins intensifs et des coûts accessoires [1, 18, 19, 43, 82]. La baisse des événements négatifs (*adverse outcomes*), dus à des dysfonctionnements internes, explique probablement une bonne part de ces gains [31, 60, 67, 82].

Les hôpitaux magnétiques respectent davantage les meilleures pratiques [43]. Ce point de vue semble partagé par la *Joint commission on the accreditation of health care organization* (JCAHO), un des piliers du suivi de la qualité aux États-Unis [1].

Au plan qualité et efficience le ratio de personnel ressort comme variable majeure [22, 73, 74, 83]. Plusieurs études reviennent sur ce thème, sous un angle ou un autre [19, 70, 82, 83]. Les hôpitaux magnétiques affichent des ratios plus élevés de personnel, bien qu'encore parfois critiqués du fait des problèmes de recrutement, et surtout des proportions de personnel plus qualifié.

L'étude initiale sur les hôpitaux magnétiques ne portait que sur le roulement du personnel infirmier, vu comme un inconvénient gênant, mais isolé du reste de la réalité hospitalière. Avec le temps, il apparaît évident qu'il devient un indicateur d'une réalité plus vaste. Lorsque des études couvrent plus que le seul personnel infirmier, le portrait demeure le même pour les autres catégories de personnel.

CONCLUSION

Notre hypothèse est que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, la rétention et le roulement du personnel infirmier sont devenus des indicateurs d'une réalité beaucoup plus vaste, en fait de l'ensemble de la réalité hospitalière. Cette hypothèse trouve de solides fondements.

Le premier geste à faire est de se doter d'indicateurs de rétention mais surtout de roulement de personnel, infirmier au premier chef. Au Québec, nous débutons des travaux en ce sens. Nous aurons ainsi un portrait de la situation actuelle et de l'évolution connue.

Nous constaterons probablement que nous avons des établissements s'apparentant davantage aux hôpitaux

magnétiques, donc se démarquant de l'ensemble. Une fois des établissements spécifiés et le lien établi entre roulement et qualité, la question posée en 1983 aux hôpitaux magnétiques surgira spontanément : pourquoi eux ?

Comparer dans l'espace, donc avec d'autres systèmes de soins, permettra d'utiliser ces données à titre de *benchmarking*. On évitera alors le piège, administrativement confortable il est vrai, de blâmer simplement des établissements isolés ou de porter aux nues certains autres, avec en filigrane : « Si vous voulez vous pouvez ! ». On dédouane ainsi l'appareil central. Tentation forte s'il en est. Or, *Kaiser permanente*, le réseau Mayo et le VHA américain [7, 18, 25, 35-37] montrent que de bons hôpitaux sont aussi largement affaire de systèmes de soins [84], surtout dans des systèmes très centralisés.

RÉFÉRENCES

1. Aiken L. *Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence-base, magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses*. Washington: American nurses publishing; 2002, 61-82 p., Chap 3.
2. Baumann A et al. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ; 2001:1-21 p.
3. Blegen MA. *Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables*. Nurs Res 1993;42:36-41.
4. Brunelle Y. *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de l'évaluation, Collection Études et analyses ; 1993.
5. Canadian institute for health information. *Hospital Report, acute care*. Toronto-Ottawa: Canadian institute for health information, 2002:1-89 p.
6. Castle NG, Engberg J. *Staff turnover and quality of care in nursing homes*. Med Care 2005;43:616-26.
7. Kramer M, Schmalenberg CE. *Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals* in Nurs Adm Q 2005;29:275-87.
8. Wai Chi Tai T, Bame SJ, Robinson CD. *Review of Nursing Turnover Research*. Soc. Sci Med 1998;47:1905-24.
9. Wilson CRM. *Hospital-wide quality assurance - models for implementation and development*. Toronto: WB Saunders; 1987.

Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ?

Pour attirer et fidéliser des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins, il est nécessaire de repérer et valoriser les capacités organisationnelles et managériales positives existantes.

Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant »

S'il est un constat partagé et difficilement contestable, c'est bien celui de la « crise des ressources humaines » que traversent les organisations sanitaires et médico-sociales. Plusieurs des articles de ce dossier en font suffisamment état pour que nous ne le répitions. Ce constat regrettable et alarmant engage la responsabilité des chercheurs en gestion des ressources humaines (GRH), qui doivent contribuer à nourrir les débats actuels sur l'enjeu de transformation managériale des organisations de santé. La question principale qui leur est posée pourrait être la suivante : existe-t-il des solutions scientifiquement fondées pour attirer et fidéliser de manière durable et stable des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins au service du patient ?

Afin d'illustrer notre propos de chercheur en gestion des ressources humaines, nous avons retenu pour ce dossier les travaux académiques portant sur le Magnet Hospital, ce type d'établissements de santé « où il fait bon travailler et bon se faire soigner » [15]. Élaborés et mis à l'épreuve dans l'univers hospitalier, centrés sur les

professionnels de santé, les recherches sur les hôpitaux « magnétiques » ou « aimants » constituent un corpus de publications scientifiques important. Les résultats de ces études ouvrent, selon nous, une voie inspirante pour initier ou conforter des démarches managériales réconciliant qualité de vie au travail et qualité des soins.

Le Magnet Hospital : comment le définir ?

C'est au tournant des années 1980 que l'expression « Magnet Hospital » apparaît pour la première fois, faisant suite à une étude qualitative conduite par entretiens auprès d'un échantillon de soignants de quarante et un hôpitaux états-uniens. À cette époque, de nombreux hôpitaux nord-américains étaient exposés à des problèmes de pénurie de soignants. L'équipe scientifique de Margaret McClure, professeure de sciences infirmières, avait pourtant connaissance d'établissements réputés attractifs et qui « réussissaient en imaginant des organisations des soins qui fonctionnaient comme des "aimants" pour la profession : ils étaient capables d'attirer et de retenir des personnels correctement qualifiés » [50]. L'intuition de McClure était de laisser de côté les

Matthieu Sibé
Maître de conférences en sciences de gestion, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Ispep), université de Bordeaux, membre expert du HCSP, commission spécialisée Santé et Sécurité du patient, membre expert de l'ONQVT (Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social)



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

raisons qui poussent à quitter un établissement, pour se focaliser sur les motifs qui invitent les soignants à y venir travailler et à y rester. Il s'agit là d'un renversement original de l'angle d'attaque des problèmes de *turnover* et de pénurie, qui vient éclairer les capacités positives des environnements et organisations de travail, afin d'agir sur la qualité de vie au travail, et au final induire des attitudes et comportements positifs des acteurs.

Au début des années 1990, le Magnet Hospital est devenu un label qui distingue, après une procédure de certification, « un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants »¹. Utilisé comme l'un des critères d'excellence pour désigner les meilleurs hôpitaux américains, ce label est actuellement détenu par plus de cinq cents établissements, principalement aux États-Unis, mais aussi en Australie, Nouvelle-Zélande, Canada. Le Magnet Recognition Program® est signalé régulièrement dans la littérature comme le « *gold standard* » en matière de qualité des pratiques infirmières et pourrait être considéré comme une marque employeur.

Depuis plus de trente ans, les multiples travaux académiques sur le Magnet Hospital ont pour objectif principal de catégoriser les « forces magnétiques ». Selon les

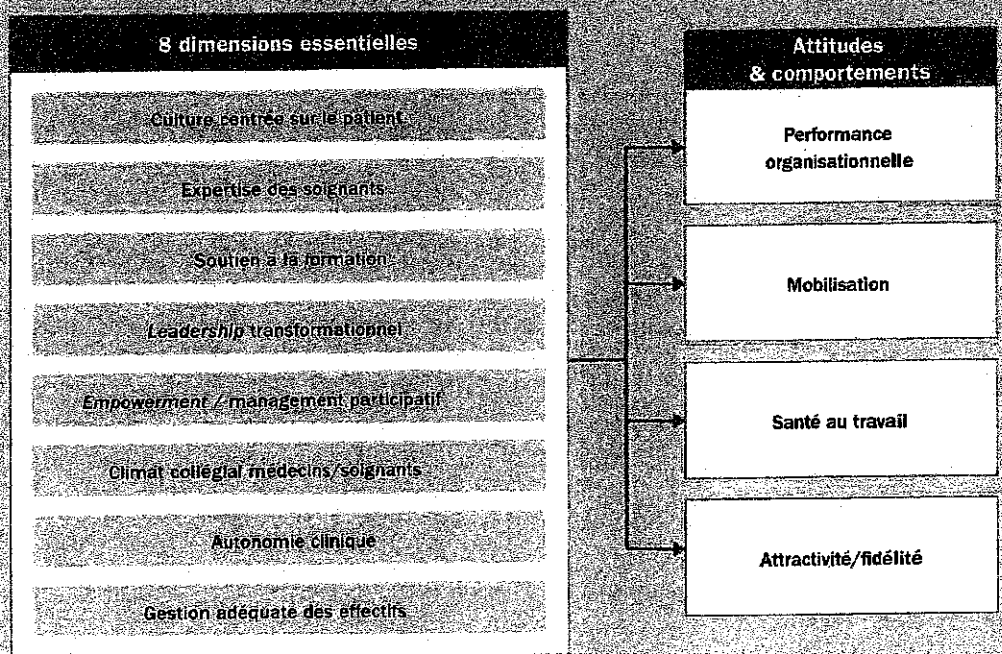
auteurs, l'inventaire peut varier, mais le recensement des huit dimensions essentielles de Kramer et Schmalenberg est le plus fréquemment cité dans la littérature :

- une culture du soin centrée sur les besoins du patient,
- des soignants experts dans leur art,
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels,
- un *leadership* infirmier de type transformationnel,
- un mode de management participatif favorable à l'*empowerment* des soignants,
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants,
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique,
- une gestion adéquate des effectifs, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

À l'aide d'échelles validées, comme le *Nursing Work Index* [2] ou les *Essentials Of Magnetism Tool* [45], qui appréhendent le degré de perception par les soignants de ces caractéristiques organisationnelles et managériales « magnétiques », les études comparent généralement la performance des hôpitaux labellisés et non labellisés. La compilation des résultats conduit à un modèle conceptuel de type « causes-conséquences », fondé empiriquement sur les effets positifs des attributs « magnétiques » (figure 1). Ce modèle met en relation les huit dimensions essentielles du magnétisme citées précédemment avec les résultats observés empiriquement :

figure 1

Modèle synthétique des causes-conséquences du Magnet Hospital



Source : [51]

- une meilleure performance des soins : qualité et sécurité des soins (+), satisfaction des patients (+) ;
- une plus grande mobilisation des soignants : satisfaction au travail (+), implication professionnelle (+), effort productif (+) ;
- une meilleure santé physique et mentale : accidents du travail (-), accidents d'exposition au sang (-), *burn-out* (-), équilibre vie privée vie professionnelle (+) ;
- une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation : postes vacants (-), absentéisme (-), intention de rester (+), *turnover* (-).

Brefs résultats d'une étude empirique sur le management « aimant »

S'il est fréquent d'objecter que le modèle du Magnet Hospital serait exclusivement adapté au contexte soignant nord-américain (c'est bien aux États-Unis qu'il a été mis en évidence!), il nous paraît utile d'imaginer tout de même sa transposition, même partielle, dans notre propre système. En effet, une part non négligeable des caractéristiques « magnétiques » se reflète dans un style de management qualitatif des ressources humaines. Les organisations « magnétiques » créent un climat bienveillant de travail au sein des unités de soins, qui se révèle propice à l'expression de la qualité de vie au travail des professionnels. C'est justement ce type de management « aimant » qui peut nous inspirer. Il repose sur :

- le *leadership* transformationnel de l'encadrement de proximité, caractérisant un chef de service ou cadre de soin stimulant, mobilisateur, visionnaire, charismatique et à l'écoute de ses collaborateurs ;
- l'*empowerment* perçu, caractérisant le sentiment d'être en capacité d'agir et de pouvoir contrôler son travail ;
- la collégialité du climat de relations interprofessionnelles, fondée sur la communication ouverte au dialogue, le respect mutuel, la confiance et l'estime réciproque entre médecins et soignants.

Dans une étude conduite auprès de 856 professionnels de soin dans 36 services hospitaliers français appartenant à 33 hôpitaux publics et privés français, nous avons construit et validé l'outil Comet®, qui apprécie la perception des médecins, infirmiers et des aides-soignants de leur « contexte organisationnel et managérial en établissement » [58]. Nous avons alors pu observer la capacité des acteurs à ressentir un tel mode de management « aimant » au sein de leur service respectif. Grâce à un procédé statistique (la classification hiérarchique ascendante), nous avons établi une typologie des services selon leur niveau de score de perception du contexte. Nous avons conclu qu'il existe des services développant une vision « positive » de leur climat et qualité de vie au travail, tant sur le plan de l'organisation et du management du service (attribution des tâches et objectifs, gestion des conflits, coordination des activités, soutien du supérieur, relations entre collègues, relations médecins/soignants...) que sur le plan de leurs attitudes au travail (sentiment d'efficacité collective, intention

de rester, satisfaction au travail, implication, charge émotionnelle supportable...). À l'inverse, il existe une catégorie de services dont les scores de perception sont systématiquement plus faibles, ayant une représentation négative de leur contexte, qui se manifeste dans des attitudes de plus faible mobilisation au travail [62]. Ce résultat nous a encouragés à tracer un lien d'influence entre la perception du mode de management « aimant » (*leadership* transformationnel, *empowerment* perçu et climat relationnel collégial entre médecins et soignants) et les attitudes positives au travail (satisfaction, implication, efficacité collective perçue, intention de rester).

Sans énumérer tous les résultats de cette étude, nous retiendrons d'une part que le mode relationnel collégial entre médecins et soignants est le plus déterminant statistiquement pour caractériser un mode de management « aimant ». Conformément à la littérature, les attentes des professionnels de santé vis-à-vis du travail d'équipe sont aujourd'hui importantes. Dans « l'hôpital-citadelle » cloisonnant les relations professionnelles en fonction des appartenances de corps, il importe que les acteurs dépassent les « rivalités » entre l'approche médicale du *cure* et l'approche soignante du *care*. L'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent comme nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la servante vis-à-vis du médecin. L'*empowerment* perçu ou le sentiment de pouvoir participer aux prises de décisions est un élément important pour les aides-soignantes de notre échantillon. La capacité d'agir et de s'exprimer leur fait souvent défaut dans les réunions d'équipe, sauf à mettre en place une vraie démarche participative des *staffs* (lire p. 41). Pour les médecins de notre échantillon, les qualités « transformationnelles » de leur *leader* médical contribuent fortement à leur perception positive du management du service, manifestant l'importance de la figure du chef de service pour cette profession.

D'autre part, les résultats montrent aussi que la perception d'un management « aimant » agit en renforçant en priorité le sentiment collectif d'efficacité, qui produit en réaction davantage de satisfaction et d'implication au travail, et améliore l'intention de rester membre du service. Ce sentiment de succès de l'équipe médico-soignante constitue pour les professionnels de santé une motivation à agir et à rester. Pour renforcer cette croyance d'efficacité, nécessaire à la réalisation réelle du succès, il s'avère utile chaque fois que nécessaire d'apporter de la reconnaissance individuelle et collective, de développer une culture positive de l'expérimentation et de l'erreur, d'offrir des opportunités d'apprentissage vicariant, c'est-à-dire par l'exemple.

Nous voyons, dans ces quelques résultats, l'intérêt du management « aimant » inspiré du Magnet Hospital. En



dépôt des règles et dispositions organisationnelles qui s'imposent par le haut à chaque manager, il lui reste toujours une marge de manœuvre, un degré de liberté, dans la manière d'animer et de piloter le collectif de travail. Pas besoin d'être dans un Magnet Hospital nord-américain pour choisir d'être un manager « aimant ». Dans le contexte français, nous croyons possible de développer un tel mode de management.

Pour conclure : quelles inspirations de l'hôpital magnétique retenir pour sortir de la crise des ressources humaines hospitalières en France ?

La nature profonde de l'hôpital magnétique devrait encourager dirigeants et managers à rompre avec l'approche exclusivement pathogénique de l'organisation. Il ne s'agit pas d'écarter de la réflexion la prévention des contraintes et souffrances qui pressent la réalisation du travail, elles sont présentes et il faut les traiter. Néanmoins, les managers doivent aussi s'appuyer sur la vision « salutogène » du travail. À l'instar de notre stratégie de santé publique actuelle, qui souhaite promouvoir la santé (et pas uniquement prévenir la maladie), les organisations doivent aussi devenir promotrices de santé au travail pour leurs salariés.

Mais comment faire pour opérer ce virage « qualitatif » du management des ressources humaines ? D'un point de vue pratique, les directeurs des ressources humaines doivent subordonner de manière stratégique la qualité des soins à l'amélioration de la qualité de vie au travail et au développement des « richesses humaines ». Ainsi, à l'aune des enseignements du Magnet Hospital, il devient possible d'imaginer :

- **une politique de recrutement** qui veille à sélectionner des professionnels qualifiés en nombre suffisant. La gestion des effectifs doit être en adéquation avec la charge de travail, en tenant compte des spécialités de chacun et des besoins de sécurité et de qualité des soins du patient. Après comparaison internationale, un alignement sur les meilleures pratiques en matière de taux d'encadrement (*ratio* nombre d'infirmiers/patients hospitalisés) ne devrait plus être un tabou en France. Dans les hôpitaux magnétiques, ce *ratio* est relativement faible (1 pour 5 à 8 patients). Il garantit une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [3]. Les Magnet Hospitals limitent aussi le recours à l'intérim et à la polyvalence des soignants pour préserver la stabilité des équipes et développer la confiance interprofessionnelle. L'appel à une équipe volante de remplacement pallie les besoins ponctuels en personnel. Autant d'éléments qui doivent interroger nos pratiques actuelles de gestion des effectifs soignants ;

- **une politique d'intégration des nouveaux personnels**, bâtie sur-mesure selon le profil professionnel individuel de la recrue à partir d'une évaluation initiale de son niveau de compétences. Il s'agit de s'appuyer sur les professionnels expérimentés déjà en poste, par une méthode de mentorat, désignant des tuteurs chargés de transmettre les bonnes pratiques cliniques et les valeurs

de l'établissement. Les Magnet Hospitals prennent le temps de l'accompagnement et du travail en binôme, en doublure, pour assurer l'intégration des nouveaux ;

- **une politique de formation** qui soutient activement les besoins de qualification des agents par l'octroi de moyens (financements, bourses, jours de congé), par l'animation de séminaires grâce aux ressources internes de l'établissement et par l'interaction active avec le milieu de la recherche. Les budgets de formation sont sanctuarisés dans les Magnet Hospitals ;

- **une politique de rémunération** prônant des mesures de reconnaissance qui encouragent l'innovation (prix de reconnaissance, bourses pour des projets novateurs, jours de congé exceptionnel, manifestations festives), mais qui n'a « rien d'exceptionnel ou de hors normes » [15]. Dans les Magnet Hospitals, l'acquisition de compétences supplémentaires est récompensée par un avancement de carrière, qui reconnaît l'éventail des spécialités médicales, soignantes et même managériales. Ces dispositifs influencent positivement la prise de responsabilités et le développement des pôles d'expertises ;

- **une politique d'amélioration des conditions de travail** qui porte le souci du bien-être des professionnels, en particulier au nom de la conciliation vie privée vie professionnelle (espaces de détente, pause santé, accès à une cafétéria, services de conciergerie, garderies, aide au transport, flexibilité des horaires...);

- **une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers** : l'encadrement de proximité – chefs de service, cadres de santé –, mais aussi les médecins jouent un rôle clé pour préserver le collectif et développer le sentiment d'efficacité des soins. À ce titre, le développement de la formation au management des médecins et des cadres de santé et la mise en œuvre de dispositifs de gestion des compétences collectives, notamment par l'ouverture d'espaces de discussion sur le travail, sont fortement à encourager.

Certaines pratiques de ressources humaines sont déjà en œuvre au sein des établissements de santé français. D'autres ne le sont pas. Un chantier de réflexion doit s'ouvrir pour juger dans quelle mesure telles ou telles dispositions peuvent être ajoutées ou étendues, en tenant compte des marges de manœuvre réelles réglementaires, organisationnelles et financières disponibles. L'hôpital magnétique pose les bases d'un hôpital « exemplaire » en accord avec les valeurs déjà affichées en 2013 par Édouard Coutu et Claude Scotton dans leur *Pacte de confiance pour l'hôpital* [21] : « l'humanisme et la compétence professionnelle, le respect de la personne soignée, la solidarité et le respect de l'autre dans les relations professionnelles, la fierté, l'engagement et la reconnaissance des personnels ». Cette démarche invite ainsi les managers à prendre appui sur les capacités organisationnelles et managériales positives existantes, qui garantissent l'accomplissement des missions hospitalières tout en prenant soin de leurs patients comme de leurs personnels. ■

Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation

7 FICHE 4

FIDÉLISEZ
VOS ÉQUIPES



SOMMAIRE

Préambule, introduction	p. 3
Les 50 questions de votre campagne de fidélisation	p. 4
Le questionnaire de fidélisation (à compléter par vos collaborateurs)	p. 4
Le questionnaire de fidélisation	p. 6
Le questionnaire de fidélisation	p. 7

FIDÉLISER : OUI, MAIS COMMENT ?

LA FIDÉLISATION DES PROFESSIONNELLS, AUSSI APPELÉE « RÉTENTION », CONSISTE À DÉVELOPPER LA CAPACITÉ DE L'EMPLOYEUR À RETENIR DE FAÇON DURABLE LES TALENTS.

→ L'impact de la fidélisation est la cohésion d'équipe, le sentiment d'appartenance, la qualité de prise en charge et la culture de l'organisation du travail.

Étape n° 1

Situer et préciser le rôle des professionnels, des managers, des gestionnaires en ressources humaines, des partenaires sociaux et de la direction dans la démarche : expression des besoins, pilotage de la politique RH, concertation, décisions et arbitrages, etc.

Étape n° 2

Choisir l'échelle pour mener sa politique RH : le service, l'établissement, le GHT/l'organisme gestionnaire, voire le secteur sanitaire et médico-social.

Étape n° 3

Distinguer les temporalités de mise en œuvre et communiquer largement afin de conjuguer le court terme, le moyen terme et le long terme.

Étape n° 4

Identifier une ou des modalités de recensement et de suivi des besoins exprimés.

Étape n° 5

Suivre une logique de pilotage de type : diagnostic, stratégie, plans d'actions.

Étape n° 6

Associer les parties prenantes (professionnels, managers, partenaires sociaux, direction).

Étape n° 7

Définir les indicateurs de suivi de la politique RH de fidélisation et les modalités de suivi.



QUELS INDICATEURS POUR FIXER VOTRE CAMPAGNE DE FIDÉLISATION ?

- Taux de turnover
- Taux d'absentéisme
- Pyramide des âges
- Taux de recours à l'intérim
- Taux de postes vacants
- Niveau de satisfaction des salariés et des nouveaux salariés



TÉMOIGNAGE



Anne-Claude Gritton, DRH du centre hospitalier de Valence

QUELLE EST VOTRE DÉFINITION DE LA FIDÉLISATION DES ÉQUIPES ET SON IMPACT ?

La fidélisation des professionnels de santé consiste à construire une relation longue et durable avec un enjeu de réduction du turnover. Garder les équipes au long cours, cela permet de développer la qualité des soins et aussi celle de la vie en équipe.

COMMENT Y PARVENEZ-VOUS ?

À mon sens, il faut construire une relation RH qui intègre avec clarté les missions confiées à chacun, l'évaluation professionnelle, le planning, l'organisation du travail.

Le deuxième thème porte sur la qualité du collectif, la qualité de la relation à l'encadrement et à l'institution avec la reconnaissance que peut apporter l'établissement à ses professionnels.

Enfin, il ne faut pas non plus négliger l'environnement de travail (locaux, matériel).

UN POINT DE VIGILANCE EN PARTICULIER ?

Il faut être attentif à repartir des attentes réelles des équipes et veiller à ne pas plaquer des conceptions que l'on pourrait partager au sein de l'équipe de direction et de l'encadrement. L'utilisation d'un baromètre social, qui permet de prendre précisément le pouls des équipes et de dérouler les plans d'actions conformes, me paraît primordial.

QUEL CONSEIL DONNERIEZ-VOUS À UN RH JUNIOR POUR RÉUSSIR DANS LA FIDÉLISATION DES TALENTS ?

Développer une communication interne fluide entre les services pour partager une vision commune et les projets que chaque service met en œuvre. Cela permet de développer un sentiment d'appartenance, de partager les valeurs.



Accédez à l'interview complète en flashant le QR Code



01989-2024 APM International - <https://www.apmnews.com/depeche/219370/406415/psychiatrie-au-ch-montperrin-d-aix-en-provence%2C-l-attractivite-priorite-des-priorites&usld=219370>

DÉPÊCHE - Lundi 05 février 2024 - 11:47

Psychiatrie: au CH Montperrin d'Aix-en-Provence, l'attractivité "priorité des priorités"

Mots-clés : #psychiatrie #établissements de santé #coopérations #prévisions-stratégie #hôpital #patients-usagers #médecins #finances #directeurs #investissement #ressources humaines #santé au travail #immobilier #qualité-sécurité des soins #accès aux soins #paramédicaux #autisme #rémunération #pédiatrie #cpts #Provence-Alpes Côte d'Azur

(Par Valérie LESPEZ)

AIX-EN-PROVENCE (Bouches-du-Rhône), 5 février 2024 (APMnews) - L'attractivité est "la priorité des priorités" pour le centre hospitalier (CH) spécialisé en psychiatrie Montperrin, a assuré sa nouvelle directrice, Gaëlle Dufour, lors d'un entretien avec APMnews vendredi.

Gaëlle Dufour a pris ses fonctions au CH Montperrin début décembre 2023 (cf dépêche du 01/12/2023 à 18:15).

"J'ai passé deux mois à faire le tour des services, en immersion avec les équipes", a-t-elle assuré. "Au-delà de la première impression que l'établissement peut donner, avec un site historique qui date du XIXe siècle absolument magnifique, au centre-ville d'Aix-en-Provence, ce que j'en ai découvert, c'est vraiment la très grande richesse des projets dans les unités, [...], énormément d'initiatives, d'activités culturelles, sportives, artistiques, etc. pour accompagner les patients [...], une diversité dans les modes de prise en charge avec beaucoup d'ambulatoire, le développement des consultations, des équipes mobiles, des hôpitaux de jour", et "une prise en charge qui tend à devenir un peu sur-mesure en fonction du profil des patients", a-t-elle fait valoir.

Dans ce contexte foisonnant, "le caillou dans la chaussure", c'est la pénurie de personnels, a-t-elle convenu. L'attractivité, "c'est vraiment la priorité des priorités", car les postes vacants mettent "à mal la mise en œuvre de notre projet médico-soignant" et "toute la dynamique stratégique de l'hôpital".

"Nous avons des pénuries un peu sur tous les types de postes", a-t-elle noté. "Par exemple, on a les plus grandes difficultés à trouver des ingénieurs informatiques, et parfois c'est aussi compliqué sur des profils soignants", a-t-elle précisé. Mais la pénurie médicale est particulièrement problématique puisque "nous sommes obligés de réorganiser nos activités", a-t-elle observé.

L'hôpital enregistre "un peu plus de 20% de postes vacants au niveau des effectifs médicaux, et cela va même jusqu'à 50% sur certains pôles, comme la pédopsychiatrie", a-t-elle détaillé. Les soins aux détenus enregistrent un taux de vacances de postes au-delà de 20%.

En pédopsychiatrie, 10 pédopsychiatres officient sur 20 postes, ce qui "nous met en grande difficulté", a-t-elle poursuivi. "Il faut que l'on réfléchisse vraiment en profondeur sur la pertinence de notre organisation et qu'on ne s'interdise pas d'innover, de proposer des prises en charge qui n'existent pas aujourd'hui, en lien avec le médico-social, en faisant intervenir peut-être davantage des non-médicaux, comme des psychologues, des éducateurs", a-t-elle proposé.

"Nous avons 10 lits d'hospitalisation adolescents qui ont dû fermer en 2022, faute de médecin", a-t-elle noté, assurant avoir "toujours le souhait de les rouvrir".

Trois volets pour la politique d'attractivité

Pour "donner envie de venir et de rester", l'hôpital est "en train de formaliser une politique très ambitieuse" qui

sera présentée aux instances en février et mars.

Cette "politique d'attractivité et de fidélisation comporte trois volets: un volet rémunération, un volet sur les conditions de travail, et un volet sur la conciliation vie personnelle et vie professionnelle", a égrené Gaëlle Dufour.

Sur le premier axe, "on utilise tout ce que la réglementation permet pour offrir des conditions salariales optimales aux professionnels", a-t-elle résumé. "Il y a un certain nombre de primes qui existent et qui permettent aux médecins d'avoir des rémunérations supérieures", a-t-elle rappelé. Auparavant, "si le praticien n'en faisait pas la demande, [ces primes] n'étaient pas nécessairement appliquées". Désormais, "tous ceux qui remplissent les critères d'emblée sont inclus et bénéficient de l'intégralité de ces primes".

De plus, "on propose aux praticiens, pour avoir des compléments de rémunération, de faire des activités d'intérêt général, des cumuls d'activités, ou de l'activité libérale".

Concernant les conditions de travail, par exemple, "nous avons [...] doté tous nos cadres de kits mobilité avec un ordinateur portable, un téléphone, un véhicule de service, etc.", pour "permettre de faciliter le recours au télétravail". "Les médecins sont aussi éligibles au télétravail quand c'est compatible avec leurs fonctions."

"Nous avons un important plan de formation continue", dont une part "est dédiée aux promotions professionnelles". Le budget formation annuel est de 800.000 euros, et "plus de la moitié concerne les études promotionnelles".

Concernant la conciliation vies personnelle et professionnelle, l'établissement propose classiquement une crèche, par exemple, mais "nous avons aussi une organisation du travail qui peut être assez souple, avec des possibilités d'organisation un peu à la carte, l'accès à des facilités d'installation, de logement, etc.", a-t-elle vanté.

Globalement, "ce sont parfois des petites mesures, mais qui, mises bout à bout, amènent à une politique [...] qui peut faire la différence", a-t-elle affirmé.

Au-delà du secteur, des approches par public

Gaëlle Dufour a souligné que "la situation financière" de l'hôpital est "particulièrement saine", avec une fin d'année 2023 en excédent, même "si on ne peut pas totalement s'en réjouir, parce que c'est du fait, aussi, de postes qui ne sont pas pourvus".

"Pour autant, cela nous donne l'opportunité d'avoir des projets d'investissement ambitieux, ce qui est une bonne nouvelle pour l'avenir."

Le projet médico-soignant court sur 2023-2027, "nous avons un plan d'amélioration de la qualité, puisque nous avons eu notre visite de certification fin novembre [2023]", mais les autres aspects du projet d'établissement sont "à élaborer", a précisé la directrice.

Cette année, le projet de management et de gouvernance, le projet social, le schéma directeur immobilier, mais aussi le projet des usagers, vont être lancés, a-t-elle annoncé. "Ma volonté est vraiment d'y associer le plus largement possible la communauté médicale, la communauté soignante, les représentants du personnel, les représentants des usagers."

"J'observe que, dans cet établissement, il y a un très fort attachement. Il y a des nombreux professionnels qui sont là depuis longtemps et qui sont une source d'information la plus pertinente et la plus précieuse. Je souhaiterais vraiment avoir un projet d'établissement qui s'inspire de toutes ces forces vives", a-t-elle souligné.

Le projet de management et de gouvernance, le projet des usagers, et "si possible", le projet social, doivent être finalisés "pour la fin de l'année".

Concernant l'offre de soins, l'idée est de "poursuivre dans le sens de prises en charge les plus diversifiées possible, sur un principe d'«aller-vers», hors des murs de l'hôpital". Il y a "tout un panel de prises en charge qu'on doit encore développer en ambulatoire, des équipes mobiles, des [dispositifs] qui s'adaptent le plus possible au profil de patients", a-t-elle avancé, donnant l'exemple d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée créée en 2023, une équipe mobile pour l'accompagnement des personnes qui sortent de détention, "l'ouverture

de l'hôpital de jour parents-bébé", ou encore la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) précarité.

"Au-delà de la prise en charge de secteur", qui "reste le principe d'organisation", il faut "des approches plus ciblées sur tel ou tel type de population ou tel ou tel type de prise en charge, dans une approche intersectorielle", a-t-elle synthétisé.

Gaëlle Dufour a mentionné une population pour laquelle "la prise en charge n'est pas optimale" malgré le travail des équipes: les patients souffrant de troubles du spectre autistique (TSA).

"Nous avons une unité pour les patients à partir de 16 ans", dont les locaux sont à revoir, et "nous travaillons avec l'agence régionale de santé [ARS] sur une unité renforcée pour des patients de 12 à 25 ans qui sont sur des périodes de crise et qui ont des difficultés à être maintenus dans leur famille, ou dans les établissements", et qui pourraient bénéficier d'"une prise en charge un peu mixte, médico-sociale et sanitaire".

Gaëlle Dufour a également parlé des coopérations avec "tous les professionnels qui s'intéressent à la santé mentale, les établissements médico-sociaux". "L'articulation sanitaire et médico-sociale mérite d'être développée, ainsi que celle avec les professionnels libéraux, au travers de la CPTS [communauté professionnelle territoriale de santé] dont on fait partie."

"Je souhaiterais que l'on s'inscrive dans une prise en charge plus vaste [...], qui se fasse au niveau de l'ensemble du territoire, en lien aussi avec nos partenaires du GHT [groupement hospitalier de territoire] Hôpitaux de Provence."

Un futur schéma directeur immobilier "ambitieux" mais "réaliste"

Le travail sur le schéma directeur immobilier doit débuter mais prendra plus de temps, a expliqué Gaëlle Dufour. "Il y a vraiment la nécessité de poser les choses, de faire un recueil des besoins le plus large possible", a-t-elle assuré, observant déjà qu'"il n'y a pas de maison des usagers". Par ailleurs, le classement patrimoine historique pour l'hôpital "est en cours, et devrait être officialisé en mars".

"Ce schéma directeur devra donc prendre en compte la préservation du site dans le cadre de ce classement monument historique, mais aussi les aspects de développement durable, et bien sûr, l'adaptation de l'offre de soins", a-t-elle résumé. "Nous devons essayer de concilier tous ces paramètres pour aboutir à un projet courant 2025 à la fois ambitieux mais aussi réaliste."

En attendant, deux opérations étaient déjà en cours avant son arrivée: la réhabilitation d'un bâtiment du pôle "ressources", et d'un autre accueillant les activités de périnatalité. L'activité d'électroconvulsivothérapie doit aussi être mise en place.

Le CH Montperrin en chiffres

- 271 lits d'hospitalisation à temps complet (dont 10 lits de pédopsychiatrie fermés depuis février 2022, et 21 lits de psychiatrie générale fermés depuis octobre 2022)
- 2 centres d'accueil psychiatrique (CAP) (11 lits en tout)
- 19 places en appartement thérapeutique, 6 places en accueil familial thérapeutique adulte, 1 place en infanto-juvénile
- 176 places d'hospitalisation de jour: 115 en psychiatrie générale, 53 en infanto-juvénile et 8 en addictologie
- 48 structures ambulatoires
- 1.368 équivalents temps plein (ETP), dont 98,5 ETP médicaux, et 1.269 ETP non médicaux
- 110 M€ de budget
- Le CH est en direction commune avec l'institut médico-éducatif (IME) Le Colombier.

vi/ab/APMnews

[VL25885ZS]

POLSAN - ETABLISSEMENTS INTERVIEW



©1989-2024 APM International - <https://www.apmnews.com/depeche/219370/4077257/anap-lance-une-plateforme-sur-l-attractivite-et-la-fidelisation-en-etablissement&usid=219370>

DÉPÊCHE - Jeudi 07 mars 2024 - 18:41

L'Anap lance une plateforme sur l'attractivité et la fidélisation en établissement

Mots-clés : #établissements de santé #agences sanitaires #médico-social #ressources humaines #Anap #hôpital #Espic #paramédicaux #médecins #clinique #CLCC

PARIS, 7 mars 2024 (APMnews) - L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) propose une plateforme numérique de ressources sur l'attractivité et la fidélisation en établissement sanitaire et médico-social, a annoncé l'agence lors d'une webconférence jeudi.

Dans un marché du travail de plus en plus concurrentiel, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent développer une véritable culture de l'attractivité et de la fidélisation.

"Nous avons les métiers parmi les plus contraignants de la société française car les métiers du soin impliquent de travailler le week-end et la nuit. Il n'y a plus grand monde aujourd'hui qui travaille un week-end sur deux. Cela représente un handicap" supplémentaire pour le recrutement à l'heure où la crise Covid a revisité la relation travail-vie personnelle, a noté Philippe El Saïr, directeur général du CHU de Nantes et président de la conférence des directeurs généraux de CHU lors de la webconférence de l'Anap.

De plus, "certains établissements -ceux qui avaient plus de candidatures que de postes- n'avaient pas de culture tournée vers l'attractivité et la fidélisation. Cette dimension culturelle, il faut la faire bouger", a-t-il estimé.

"Autodiagnostic, cartographie des leviers RH, fiche marque employeur et trames d'entretien...: ce nouvel espace numérique donne accès à une vingtaine de ressources clés pour bâtir une politique RH performante", fait valoir l'Anap.

Elle y a rassemblé les outils nécessaires à chaque étape d'une politique d'attractivité ambitieuse: marque employeur, recrutement, intégration et fidélisation.

Développer sa marque employeur et activer les bons leviers

"Evaluer ses pratiques, identifier des leviers d'attractivité pour construire sa marque employeur et développer un avantage concurrentiel: ces premières étapes sont stratégiques et encore trop négligées", a indiqué Aurélien Pierre, directeur des soins et expert RH à l'Anap.

Sur la plateforme de l'Anap, les professionnels accèdent notamment à un autodiagnostic complet, à une fiche rappelant les fondamentaux de la marque employeur, des témoignages de professionnels ainsi qu'à une cartographie des différents leviers RH à valoriser.

Parmi ces leviers, Philippe El Saïr a insisté sur la culture de fidélisation et il a cité l'individualisation des parcours, des services associés (places de crèches, accords avec des organismes pour proposer des logements à tarif préférentiel près de l'hôpital) ou encore développer "des organisations du travail moins contraignantes, moins fatigantes notamment dans les grandes métropoles où il y a de plus en plus de transports: il faut pouvoir discuter avec les équipes sur des organisations de travail en 10 heures, voire 12h pour mieux concilier vie professionnelle-vie personnelle".

Pour lui, après la crise RH de 2022, les mesures de revalorisation des salaires puis celle du travail de nuit et l'engagement des établissements -ancien ou récent- dans des politiques d'attractivité et de fidélisation

commencent à payer puisqu'en 2023, "nous n'avons jamais autant recruté". Aujourd'hui, le solde net entre les recrutements et les départs est favorable. Au même moment, l'absentéisme tend à rejoindre celui de 2019.

"Nous avons une phase de normalisation en cours", s'est-il réjoui.

Pour continuer, son conseil est d'aller sur le terrain, d'être "près des agents" pour connaître leurs souhaits et "s'adapter".

Recrutement: optimiser ses process

Stratégie de recrutement, bases réglementaires, conduite des entretiens..., les professionnels retrouveront sur cette plateforme des outils et conseils clés pour optimiser leur processus de recrutement. Ils pourront ainsi renforcer leur réactivité et fluidifier l'embauche de professionnels, espère l'Anap.

Plusieurs études le confirment: l'intégration des nouveaux collaborateurs est une étape cruciale de la politique RH. Un processus d'intégration réussi permet de multiplier par trois l'engagement des collaborateurs et d'augmenter de 82% leur fidélisation, fait valoir l'agence.

Fondamentaux, kit de bienvenue, check-list et grille d'évaluation... L'Anap met à disposition une série d'outils opérationnels pour faire de la période d'intégration une expérience positive sur laquelle capitaliser.

Maintenir l'engagement des collaborateurs nécessite une approche proactive. Solutions de mesure de la satisfaction des salariés, indicateurs de fidélisation, bonnes pratiques et formation... L'espace numérique de l'Anap propose des ressources concrètes pour renforcer sa stratégie de fidélisation.

Les professionnels trouveront également une trame d'entretien et un questionnaire de sortie, dispositifs essentiels pour comprendre et agir sur les raisons des départs.

"A Nantes, le DRH reçoit tous les agents qui nous quittent pour connaître les raisons. Il faut de l'humilité et écouter", a témoigné Philippe El Saïr.

De même, Nicolas Portolan, directeur général adjoint de l'Institut Bergonié à Bordeaux, a estimé important de "débriefer et d'accompagner les départs" qui restent nombreux vu le turn-over important dans le secteur, car "d'abord ils peuvent être suivis de retours et aussi parce qu'ils sont porteurs de réalités au quotidien". Ils vont véhiculer des informations sur les conditions de travail dans les établissements.

D'autres leviers ont été présentés lors de la webconférence dont la RSE (responsabilité sociétale des entreprises) ou plutôt responsabilité sociétale et environnementale, a avancé Marie Deugnier, secrétaire générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Parmi les démarches d'écoconception des soins, la suppression des gaz halogénés au bloc opératoire qui a fait faire une économie de 500 tonnes de CO₂ et 3 millions de kilomètres de voiture a eu un impact en cohésion des équipes, a-t-elle cité.

Le développement de la logistique est aussi un levier à utiliser par les établissements car il permet aux soignants de se recentrer sur leur mission de soin, a ajouté Pauline Meunier, responsable logistique et opérationnelle au pôle ressources matérielles du CHU d'Angers.

Elle a préconisé la création d'un poste de référent logistique puis le développement de la logistique de proximité avec des logisticiens d'étage. A l'avenir, la robotique permettra de réduire les troubles musculosquelettiques (TMS), ce qui constituera aussi un élément d'attractivité.

Plateforme attractivité et fidélisation de l'Anap

sl/ab/APMnews

[SL4S9ZFW7]

POLSAN - ETABLISSEMENTS



© 1999-2024 APM International - <https://www.apmnews.com/depeche/219370/407129/normandie-l-ars-presente-une-feuille-de-route-attractivite-des-metiers-de-la-sante&usid=219370>

BRÈVE - Mercredi 21 février 2024 - 18:20

Normandie: l'ARS présente une feuille de route attractivité des métiers de la santé

Mots-clés : #Normandie

L'agence régionale de santé (ARS) Normandie et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ont organisé le premier séminaire régional à destination des établissements sanitaires et médico-sociaux à Caen mercredi, a rapporté l'agence mercredi dans un communiqué à l'issue de la journée.

Le renforcement de l'attractivité des métiers de la santé est l'une des 12 priorités d'action du projet régional de santé (PRS) 2023-2028 publié par l'ARS Normandie le 31 octobre 2023.

En déclinaison des objectifs fixés par le PRS, une feuille de route régionale de l'attractivité des métiers de la santé a été élaborée par l'ARS Normandie et ses partenaires afin d'apporter des réponses concrètes à ces enjeux, indique l'agence.

Cette feuille de route régionale de l'attractivité des métiers de la santé s'articule autour de six axes:

- Informer, orienter et valoriser les métiers auprès du public jeune et des salariés en reconversion
- former et accompagner les parcours professionnels
- recruter et fidéliser
- renforcer la qualité de vie et les conditions de travail
- renforcer la santé et la sécurité des soignants
- soutenir la démographie médicale.

L'ensemble des partenaires de cette feuille de route seront réunis prochainement afin de signer une charte d'engagement partenariale sur l'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement en Normandie.

Un appel à projets "Trophées de l'attractivité 2024" a été lancé mercredi par l'ARS Normandie afin de favoriser l'échange et la communication sur le thème de l'attractivité et la fidélisation des professionnels et de promouvoir les dispositifs améliorant leur recrutement et leur fidélisation.

Dix projets innovants seront soutenus par l'ARS. Il s'agit de financer des dispositifs ayant pour but de générer des recrutements, des visites de candidats, d'améliorer la marque employeur. Les établissements devront mettre en place un projet ancré localement (attractivité territoriale) et adressé à un public spécifique ayant pour but de pourvoir des postes en tension (attractivité métier). Des partenariats peuvent être initiés avec des acteurs locaux de l'emploi ou de la formation professionnelle.

Les établissements peuvent adresser leur candidature d'ici au 30 avril.

sl/ab/APMnews

[SL4597010]



©1989-2024 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/219370/407614/attractivite-des-metiers-medico-sociaux-une-remuneration-a-aborder-de-maniere-globale-%28conseil-scientifique-de-la-cnsa%29&usid=219370>

DÉPÊCHE - Mardi 05 mars 2024 - 19:24

Attractivité des métiers médico-sociaux: une rémunération à aborder de manière globale (conseil scientifique de la CNSA)

Mots-clés : #médico-social #protection sociale #ressources humaines #CNSA #géranto #Ehpad #handicap #ministère-handicap #ministère-personnes âgées #ministère-santé #rémunération #fiscalité

PARIS, 5 mars 2023 (APMnews) - Le conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) préconise d'aborder de manière globale la rémunération, et plus largement la question salariale, pour renforcer l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social, dans un avis présenté la semaine dernière au conseil de la CNSA.

Le conseil scientifique a été saisi par la direction générale de la CNSA sur l'enjeu du "renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social" au titre de son avis annuel pour 2024 sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2022-2026 (cf dépêche du 15/03/2022 à 19:28).

Dans son avis daté de février et présenté lors du conseil de la CNSA du 27 février, auquel ont assisté la ministre du travail, de la santé et des solidarités, Catherine Vautrin, et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées, Fadila Khattabi, le conseil scientifique propose notamment de considérer "d'éventuelles actions complémentaires ou des effets de synergie qui pourraient être recherchés avec les autres acteurs des politiques publiques".

Parmi les leviers qui "apparaissent essentiels pour l'attractivité des métiers" et "à considérer avec une forte attention", il met en avant "la rémunération et plus généralement la question salariale", observant qu'il est encore "trop tôt pour pleinement mesurer les effets des mesures engagées suite au Ségur" pour revaloriser les salaires.

Il préconise de considérer la rémunération de manière globale, car les enjeux "dépassent les seuls niveaux de salaire que ce soit pour les salariés, les employeurs ou les finances publiques".

Pour les salariés, il juge nécessaire de "tenir compte non seulement des pratiques en matière de temps de travail [le temps partiel restant la norme notamment en raison d'une sous-estimation des heures de travail réalisées et d'une pénibilité élevée], mais également des interactions entre le salaire et les revenus issus des prestations sociales". Il met en garde contre des revalorisations salariales qui, sans réflexion globale, pourraient "déboucher sur des gains faibles en termes de revenu disponible tout en favorisant un accroissement de la pénibilité".

Du côté des employeurs, le conseil scientifique "attire l'attention sur les marges de manœuvre limitées" (notamment en raison d'une forte régulation publique des ressources), mais également "sur les risques d'accroissement de la concurrence entre structures relevant de statuts juridiques différents et soumis à des conventions collectives plus ou moins favorables".

Enfin, il souligne la nécessité de prendre en compte l'ensemble des circuits de financements publics. "La faiblesse des salaires implique des coûts publics nombreux en raison notamment des compensations des exonérations de cotisations sociales et de prestations sociales accrues (prime d'activité, allocation logement...).".

Parmi les autres actions à engager, le conseil appelle dans son avis à étudier de manière approfondie la

"sinistralité très élevée dans le secteur". "Les coûts de la sinistralité sont en effet multiples: ils affectent les travailleurs (y compris dans la poursuite de leurs carrières), les personnes accompagnées (du fait notamment de la déstabilisation des organisations de travail liée à l'absentéisme) ainsi que les finances publiques", observe-t-il.

Un autre point concerne les référentiels métiers. Pour le conseil scientifique, ils devraient "être (re)pensés en tenant compte des besoins et des caractéristiques des personnes tout en considérant l'importance des compétences mobilisées par le travail du lien mis en œuvre dans l'interaction avec la personne aidée, les différents intervenants professionnels et les proches".

Il juge nécessaire de penser l'attractivité des métiers de l'autonomie "en lien avec les métiers médicaux et paramédicaux, mais aussi avec la politique des aidants, pour revaloriser le travail de ces professionnels, exercé essentiellement par des femmes et encore trop souvent assimilé à du travail domestique, auprès de populations âgées et en situation de handicap, elles-mêmes stigmatisées".

Une proposition vise à enrichir les missions des professionnels de l'aide pour contribuer à la révalorisation de ces métiers, "en lien avec les difficultés des personnes concernées (par exemple autour des enjeux liés à l'isolement et à la prévention au domicile)".

Enfin, le conseil estime que le dispositif d'observation statistique pourrait être amélioré. Cela pourrait permettre de "mieux identifier l'ensemble des professionnels de l'autonomie, les réalités professionnelles et les besoins de recrutement (actuels et en termes de projections) et ainsi garantir une meilleure visibilité et une meilleure appréhension des problèmes d'attractivité (actuels et à venir) dans ce secteur segmenté et fragmenté".

Il met notamment en avant que les travaux de recherche sur l'emploi et le travail auprès des personnes handicapées, "moins nombreux que ceux portant sur les métiers auprès des personnes âgées", pourraient être renforcés.

Il "invite également à (re)considérer le périmètre des métiers devant faire l'objet d'une attention particulière en matière d'attractivité, notamment de l'élargir aux professions médicales et paramédicales pour tenir compte de l'ensemble de la chaîne d'accompagnement des personnes concernées".

Dans son avis, le conseil analyse par ailleurs les actions déjà engagées au titre de la COG: soutien de plateformes des métiers de l'autonomie, appui à l'étude des organisations du travail, soutien au développement de la formation et l'évolution des carrières professionnelles, analyse des conditions de travail, travaux de réforme des modèles de tarification.

Dans un communiqué diffusé lundi, le conseil de la CNSA indique avoir "salué la qualité" du travail du conseil scientifique. "Ses membres partagent les constats et insistent sur l'urgence à agir de manière globale et cohérente pour renforcer l'attractivité de ces métiers de l'autonomie", commentent-ils.

Inquiétude du conseil de la CNSA sur les moyens dévolus au secteur

Au nom du conseil de la CNSA, son président, Jean-René Lecerf, a exprimé aux deux ministres le souhait d'un travail en confiance, sur la durée, est-il relaté dans ce communiqué (cf dépêche du 07/02/2024 à 09:54).

Les membres du conseil se sont dits "satisfaits de la réunion au sein d'un même ministère des publics personnes âgées et personnes handicapées", décision "attendue de longue date". Ils ont "pointé l'urgence de déployer une véritable politique de l'autonomie pour tous, basée sur la prévention et l'accompagnement, sans distinction liée à l'âge ou à l'état de santé".

"Concernant les moyens mis à disposition du secteur, ils ont fait part de leur inquiétude, alertant sur des tensions pesant sur les différents financeurs du risque et les difficultés à recruter."

Catherine Vautrin a par ailleurs rappelé que la loi "bien vieillir" "ne règle pas tout" mais apporte "des réponses attendues par les professionnels, les bénéficiaires et leurs proches" et a redit son "attachement" et sa "détermination" à la poursuite des réformes.

Avis du conseil scientifique de la CNSA, février 2024

Chambre régionale
des comptes
Île-de-France



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE**

**LA POLITIQUE IMMOBILIÈRE
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE –
HÔPITAUX DE PARIS**

Exercices 2016 et suivants

**Observations
délibérées le 15 décembre 2021**

4.3.5 Le choix de l'étude notariale

L'AP-HP retient une étude notariale dès le démarrage de la procédure de cession. L'article L. 2512-5 du code de la commande publique dispose que les services juridiques « de certification et d'authentification de documents qui doivent être assurés par des notaires » ne sont pas soumis aux obligations de publicité et de mise en concurrence, sauf s'ils assurent une prestation de consultations juridiques. L'AP-HP précise ne pas solliciter de consultations juridiques de la part d'études notariales.

Les actes notariés de l'AP-HP ont été dressés depuis le XIX^{ème} siècle et durant quatre générations par une même étude notariale. Depuis 2003 l'AP-HP recourt à un panel d'études notariales. Cette alternance permet d'éviter la constitution d'un monopole de fait.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Dans le cadre de la valorisation des biens de son domaine privé et pour atteindre son objectif de cessions au meilleur prix, l'AP-HP a développé une expertise dans la conduite des cessions, avec des procédures complètes, bien qu'insuffisamment formalisées en interne, et des délais de vente qu'elle cherche à réduire. Les cessions des biens immobiliers autres que les biens dit « complexes » ou « atypiques » font l'objet de vente après publicité et mise en concurrence, éventuellement avec l'intermédiation d'agences immobilières. La rémunération de ces agences a été estimée par la chambre à 1,4 M€ en quatre ans. Or, l'AP-HP délègue la sélection des agences immobilières à un tiers alors que ce choix devrait être issu d'un marché de prestation de services.

5 LA POLITIQUE DU LOGEMENT DES AGENTS DE L'AP-HP

5.1 L'AP-HP propriétaire de 9 200 logements gérés selon plusieurs modalités juridiques

5.1.1 L'évolution du parc de logements de l'AP-HP

Les logements gérés par l'AP-HP relèvent de plusieurs régimes juridiques.

- des logements dans les hôpitaux (domaine public) pour les personnels de garde et d'astreinte (nécessité absolue de service ou utilité de service) ;
- des logements hors hôpitaux (domaine privé) d'une part pour les agents de garde et d'astreinte (nécessité absolue de service), d'autre part attribués sur critères sociaux, mais dont une partie est occupée par des tiers extérieurs à l'AP-HP ;
- des droits de réservation auprès des bailleurs tiers, attribués sur critères sociaux par ces bailleurs ;
- enfin, un immeuble est loué pour loger des agents (20 logements depuis 2006).

L'AP-HP dispose également d'« hébergements d'urgence », à la discrétion des directeurs de groupes hospitaliers, qui sont principalement d'anciennes chambres de garde aménagées en studio et qui permettent, dans le cadre d'une convention de mise à disposition de quelques mois, d'accompagner la situation individuelle difficile d'un agent. Le siège ne dispose ni de recensement ni de suivi de ces chambres. Pourtant, la chambre a constaté des durées d'occupation par des agents jusqu'à trois ans.

Tableau n° 43 : La typologie des logements de l'AP-HP

Propriétés de l'AP-HP				Propriétés de tiers
Domaine public		Domaine privé		
Gestion par les GHU		Gestion par le service logement / DRH		
Logements	Nécessité absolue de service (logement de fonction)	Logements	Locations de droit privé (droit commun)	Logements loués par l'AP-HP
	Utilité de service (logement de fonction)		Nécessité absolue de service (logement de fonction)	Conventions de réservation avec les bailleurs
	Hébergement d'urgence	Baux emphytéotiques	Locations de droit privé (droit commun)	
Hors logements	Chambres de garde		Nécessité absolue de service (logement de fonction)	

Source : chambre régionale des comptes à partir des données de l'AP-HP

Au 31 décembre 2019, l'AP-HP disposait de 9 207 logements (occupés ou non) situés à 705 adresses différentes. Ce nombre connaît une baisse régulière (- 19,4 % depuis 2010) en raison des opérations de cession réalisées dans l'objectif de rationaliser la gestion du domaine privé et de valorisation. En outre, le parc immobilier n'a pas suivi les évolutions des sites hospitaliers. Désormais un logement sur six est à plus de 40 minutes d'un centre hospitalier.

Tableau n° 44 : Nombre de logements gérés par l'AP-HP de 2016 à 2019

Mode de gestion	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016 / 2019 (en %)
Domaine public	1 695	1 603	1 603	769	769	769	- 52,0 %
Domaine privé	2 764	2 853	2 921	2 983	2 858	2 936	0,5 %
Baux emphytéotiques administratifs	4 514	4 106	4 021	3 605	4 007	4 388	9,1 %
Conventions de réservations ¹⁵⁶	2 455	1 484	1 451	2 341	1 114	1 114	- 23,2 %
TOTAL	11 428	10 046	9 996	9 698	8 748	9 207	- 8,4 %

Source : AP-HP

Toutefois, ce recensement des logements n'apparaît pas fiable car il repose sur des données consolidées de différents services du siège ou déconcentrés. Ces données varient selon les outils de suivi. L'AP-HP relève d'ailleurs dans son bilan 2018 l'incohérence des données des conventions de réservation et baux emphytéotiques pour l'année 2017. Les recensements des logements, réalisés par chaque groupement hospitalo-universitaire, n'ont pas toujours été réactualisés. L'AP-HP indique qu'un recensement a été terminé en 2020. La variation du nombre de logements du domaine public entre 2016 et 2017 s'explique par une actualisation après recensement (cessions de sites, transformation de logements en plateaux médicaux ou administratifs), et la stabilité ensuite ne tient pas compte de la création de studios ou F1 par regroupement de chambre de gardes (17 en 2019).

¹⁵⁶ Y compris les 500 logements de l'OPHLM Paris Habitat dans le cadre de la convention cadre avec la Ville de Paris (ont été attribués : 66 en 2017, 151 en 2018, 173 en 2019 et 110 en 2020).

transmission d'un bilan annuel des logements proposés et attribués par l'organisme bailleur au réservataire.

5.1.4 Les difficultés de mise en œuvre du droit de réservation avec la Ville de Paris

Une convention cadre a été signée le 17 avril 2015 entre l'AP-HP et la Ville de Paris pour organiser leur dialogue sur plusieurs enjeux immobiliers stratégiques. En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du droit de priorité de la Ville, l'AP-HP a cédé l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (14^{ème}), le bâtiment Blumenthal de l'hôpital Necker (15^{ème}) et, en 2022 l'hôpital Chardon-Lagache (16^{ème}), notamment à des fins de logements car la Ville de Paris s'est fixée un objectif de production de 10 000 logements par an, dont au moins 7 500 logements sociaux. C'est dans ce cadre qu'une convention tripartite a été signée le 13 juillet 2017 entre l'AP-HP, la Ville de Paris et l'office public d'habitations à loyers modérés Paris Habitat en transférant de la Ville de Paris à l'AP-HP l'attribution sur trois ans d'un contingent de 500 logements.

L'attribution de ces logements a été retardée (390 attribués fin 2019 sur les 500) en raison d'un nombre élevé de demandes provenant de personnes non éligibles et d'un taux de refus de la part des agents important, et laissant des logements sociaux vacants. Les délais de traitement pour l'AP-HP et la Ville de Paris sont très contraints et les échecs d'attribution (en 2018, 47 % de refus parmi lesquels 92 % des refus émanent des candidats) ont nécessité de revoir les modalités de travail entre les équipes de l'AP-HP et de Paris Habitat. L'avenant du 14 février 2020 a prolongé la convention de trois mois supplémentaires, jusqu'en décembre 2020, permettant d'atteindre la totalité de l'objectif d'attribution de 500 logements en fin d'année.

Compte tenu de l'impact de la crise sanitaire, tant sur le calendrier des élections et d'installation des exécutifs municipaux que sur la disponibilité des acteurs, la question de la reconduction ou du renouvellement de la convention n'a pas été traitée à ce stade et repoussée à 2021.

5.1.5 Environ 11 % de ses agents sont logés par l'AP-HP

Les logements gérés directement (domaines public ou privé) par l'AP-HP ou relevant des conventions de réservation étaient en 2016 occupés à 88 % par des agents en fonction (environ 3 700 agents, soit environ 4,1 % du total des agents), 7,5 % par des agents retraités et 4,5 % par des personnes n'ayant jamais travaillé à l'AP-HP. D'autres documents de l'AP-HP indiquent que le nombre d'agents logés par l'AP-HP est de 7 665 agents (soit environ 11,0 % du total des agents), en incluant les logements gérés par les groupements hospitalo-universitaires et la situation où plusieurs personnes du foyer travaillent à l'AP-HP.

Sur la période 2016 à 2019 et pour les logements du parc privé uniquement, la chambre a constaté que 81 % des logements ont été occupés par des agents, 11 % par des agents retraités et 8 % par des personnes extérieures. Ces tiers relèvent notamment de dispositifs anciens (ex : loi de 1948) ou des transferts de baux repris à des organismes extérieurs. La politique de reprise des logements mise en œuvre vise à réorienter ces logements vers le personnel de l'AP-HP.

Pour la chambre, le taux théorique d'agents de l'AP-HP pouvant être logés (pour raisons de service ou sur critères sociaux) au sein des logements existants en l'absence de locataires autres que des agents est de 13,2 % en 2020 (12,5 % en 2010) ; le taux d'agents effectivement logés en 2020 est inférieur de deux points. La chambre considère, qu'à coût équivalent, environ 1 500 agents supplémentaires pourraient être logés si l'offre de logements de l'AP-HP bénéficiait exclusivement à ses agents en activité. Cette marge de progrès était estimée à 4 000 en 2010, lors du dernier contrôle de la chambre, ce qui souligne l'efficacité de la politique de reprise des logements mise en œuvre mais aussi la diminution du nombre de logements.

Tableau n° 45 : Les durées moyennes de location dans le parc privé de l'AP-HP

Données des baux en cours en 2016 et 2019, y compris ceux achevés	Baux de droit commun	Dispositif IDE Capitale	Baux « Loi 1948 »	Logements pour utilité de service ou avec clause de fonction	Logements de fonction (nécessité absolue de service)
Nombre de baux	608	405	281	2 098	482
Durée totale en jours (au 31/08/2020)	3 172 663	131 520	4 541 133	6 855 247	650 927
Durée moyenne (au 31/08/2020)	14 ans et 4 mois	11 mois	44 ans et 4 mois	9 ans	3 ans et 8 mois

Source : Chambre régionale des comptes à partir des données de l'AP-HP

Les durées moyenne des baux sont particulièrement longues, avec 14 ans et 4 mois pour les baux classiques, mais est ramenée à neuf ans avec une clause de fonction, et à moins de quatre ans pour les logements de fonction (le dispositif IDE Capitale est quant à lui plafonné à 18 mois). L'allongement de la durée moyenne d'occupation, dans un contexte de pénurie de logements abordables à Paris, entraîne une diminution du turn-over du parc de logements destinés aux agents. L'AP-HP souligne que cette durée moyenne reflète notamment l'encadrement juridique de certains contrats (baux « Loi 1948 ») qui limitent les possibilités de reprise des logements par l'AP-HP.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Au 31 décembre 2019, le parc de logements (occupés ou non) suivi par l'AP-HP était de 9 207 logements, relevant de différents régimes juridiques. Les logements peuvent être propriétés de l'AP-HP, en gestion directe ou à travers des baux emphytéotiques passés avec des bailleurs sociaux, ou être des logements fléchés en faveur des agents de l'AP-HP au sein du parc immobilier d'autres propriétaires par convention. Ce parc de logements a diminué de 7,9 % en quatre ans (19 % en dix ans), notamment sous l'effet des cessions. Le parc privé progresse grâce à la reprise des baux emphytéotiques mais à volume global et sans nouvelle acquisition. L'AP-HP n'a procédé à aucune acquisition de logements depuis 2012 ni procédé à la signature de nouvelles conventions de réservation de logements depuis 2010 (hormis celle avec la Ville de Paris en 2017).

La convention conclue avec la Ville de Paris en 2017 permet de réserver une partie des nouveaux logements sociaux construit au sein de Paris au personnel de l'AP-HP (500 logements en trois ans). Les engagements de cette convention ont été tenus mais des difficultés pratiques ont été rencontrées dans sa mise en œuvre (délai de traitement, refus d'attribution). Les relations de travail entre les deux partenaires ont été modifiées pour tenir compte de ces difficultés et la convention a été prolongée d'un an pour atteindre l'objectif. Une nouvelle convention, marquant le soutien de la ville de Paris au logement des personnels de l'AP-HP, devrait être signée en 2021. Au final, la chambre constate que, selon les données de l'AP-HP, environ 11 % des agents sont logés par l'AP-HP alors que le potentiel de logements disponibles permettrait d'en loger 13,2 %, soit 1 500 agents supplémentaires. Malgré la politique active menée par l'AP-HP dans ce domaine, l'allongement de la durée moyenne d'occupation freine l'atteinte de cet objectif.

5.2 La gestion directe par l'AP-HP de ses 2 900 logements du domaine privé

L'AP-HP, qui gère directement l'essentiel des locations de son domaine privé (logements et autres types de bien, y compris les baux ruraux et commerciaux), envisage d'en faire évoluer le fonctionnement pour diminuer les délais et coûts de gestion.

Les logements relevant du domaine public sont pour leur part gérés de manière déconcentrée ce qui ne permet pas d'en estimer les coûts consolidés.

L'attribution d'un logement pour utilité de service (US) est possible lorsque, sans être absolument nécessaire, le logement présente un intérêt certain pour la bonne marche du service, mais est conditionnée à l'accord du directeur d'établissement. La concession d'un logement pour utilité de service n'est pas un droit acquis, elle est précaire et révocable.

En revanche, l'attribution d'un logement pour nécessité absolue de service (NAS) n'est ouverte qu'aux seuls agents de la fonction publique hospitalière – titulaires ou stagiaires – et pas aux contractuels. L'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 prévoit la concession de logements par NAS aux personnels de direction et directeurs de soins¹⁶³ et pour les ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière¹⁶⁴, lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 jours¹⁶⁵ de gardes de direction ou techniques. Les établissements de la fonction publique hospitalière ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires leur versent une indemnité compensatrice mensuelle de logement.

5.3.1 L'augmentation du nombre de logements attribués par an

En 2019, près de 2 400 dossiers ont été remis par les agents à l'agence logement interne à l'AP-HP, ce qui a conduit à près de 2 200 propositions d'attribution, dont l'augmentation traduit les efforts réalisés pour répondre à la hausse des demandes. Le nombre de logements attribués dans ce cadre progresse, avec 528 en 2019 contre 377 en 2012. Le taux de refus a baissé de 17 points en quatre ans (40 % en 2019 contre 57 % en 2016), et s'explique par l'inadéquation de l'offre aux besoins (surfaces et implantations).

Tableau n° 49 : Synthèse de l'activité d'attribution

	2016	2017	2018	2019	2020
Demandes de logements ¹⁶⁶	2 576	1 401	1 987	2 354	ND
Propositions	940	981	1 799	2 190	ND
Attribution sur critères sociaux et professionnels	400	475	424	528	ND
Refus	540	506	877	884	ND
Taux de refus	57,4 %	51,6 %	48,7 %	40,4 %	ND
Toutes attributions (CAS, IDE Capitale, NAS...)	526	590	508	683	ND

Source : AP-HP

65 % des demandes concernent des logements de type F2 et F3 (qui représentent 69 % des volumes du parc privé). L'AP-HP évalue à 74 % le nombre de demandeurs recevant une proposition. Le délai moyen d'attribution des logements du parc privé s'est amélioré entre 2017 et 2019, mais s'est accru en 2020 du fait de réunions moins fréquentes de la commission d'attribution. Globalement, ce délai s'est amélioré par rapport aux contrôles antérieurs de la chambre, notamment le délai entre la décision d'attribution et l'entrée dans les lieux.

Tableau n° 50 : La procédure d'attribution (délai moyen)

Délai moyen en jours	2016	2017	2018	2019	2020
Identification de la proposition	ND	100	22	32	27
Instruction de la proposition présentée à la commission	ND	29	27	30	63
Délai entre la décision de la commission et l'occupation effective	ND	46	39	37	37
Délai global	ND	169	88	92	126

Source : AP-HP

¹⁶³ I. de l'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010, modifié par le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013.

¹⁶⁴ II. de l'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010, modifié par le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013.

¹⁶⁵ Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

¹⁶⁶ Les demandes par les agents sont valables un an et doivent être renouvelées ensuite.

L'informatisation de l'ensemble de la procédure d'attribution et la fin des dossiers papiers remplis par les agents avec les correspondants logements de leur groupement hospitalo-universitaire faciliteraient la gestion. L'AP-HP a indiqué le prévoir pour 2021.

5.3.1.1 La procédure d'attribution

Tous les agents peuvent émettre une demande de logement, même si le critère social reste prédominant. Les attributions sont corrélées avec les revenus du demandeur et sa situation familiale. L'AP-HP a établi une grille de cotation des candidatures pour procéder à l'évaluation des demandes. Un nombre de points est attribué en fonction des horaires de travail, de la catégorie professionnelle du demandeur, des restructurations, du temps de transport, des conditions d'occupation du logement, des conditions de logement (critères matériels et familiaux), des ressources, du rapport social et des refus.

La chambre s'étonne toutefois que cinq points soient accordés aux agents qui vendent leur appartement précédant pour devenir locataires de l'AP-HP, tandis que ceux hébergés mais sans enfants à charge n'ont aucun point.

Si la réponse est positive et que le demandeur est orienté vers un logement AP-HP, l'agence logement se charge après signature du bail, de l'entrée de l'agent dans le parc domanial de l'AP-HP. Il s'agit d'un bail civil assorti d'une clause de fonction.

Il existe deux procédures d'attribution, une pour les logements sur critères sociaux et une pour les autres logements (NAS et US).

5.3.1.2 Les demandes de logement sur critères sociaux

L'agence logement tient à jour la liste des logements à louer. Elle est également chargée de réceptionner les demandes de logements afin de procéder au rapprochement des demandes avec les logements disponibles puis elle transfère les informations à la commission d'attribution sociale (CAS) en charge d'établir le positionnement par ordre des candidats.

L'AP-HP exige de ses agents une demande préalable de logement social sur le site national, ce qui permet ensuite dans le cadre du droit de réservation de transmettre les dossiers vers les bailleurs sociaux. Cependant, il existe un risque de double attribution de logements (un par le circuit de droit commun et un depuis le parc privé de l'AP-HP).

Le contrôle par la chambre d'un échantillon de 29 demandes de logement a permis de vérifier que l'attribution des logements correspond à un besoin social pour les agents. La modification du formulaire de septembre 2010 réalisée en septembre 2019 permet de mieux prendre en compte les motivations de la demande. Les dossiers contrôlés sont, à quelques exceptions près, complets, la motivation de la demande par l'agent étant parfois imprécise. À une exception, tous les dossiers ont moins d'un an (la durée maximale) mais certains ont déjà été renouvelé trois fois.

La commission d'attribution sur critères sociaux a été créée en 1999. Elle a pour mission d'attribuer des logements sociaux aux agents de l'AP-HP. Elle est composée de cinq représentants de l'administration¹⁶⁷ et de dix-huit représentants nommés par les organisations syndicales du personnel, représentées au sein des commissions administratives paritaires de l'AP-HP. Elle se réunit chaque semaine¹⁶⁸. Cependant, la chambre n'a pas pu établir précisément le nombre de séances tenues entre 2015 et 2020. En effet, seuls quelques

¹⁶⁷ Le président de la commission d'attribution des logements, le chef du département des relations sociales et de la politique sociale, le responsable de l'agence logement, la coordinatrice du service social et une assistante sociale.

¹⁶⁸ Elles se sont tenues de manière dématérialisées après le premier confinement pour permettre l'attribution des logements dans un délai raisonnable.

Tableau n° 52 : L'effort de rénovation du parc de logements privés

En M€ HT	2016	2017	2018	2019	2020
Travaux d'investissement (classe 2)	2,80	1,96	1,17	2,20	2,30
Travaux d'entretien (classe 6)	0,46	0,30	1,47	2,64	2,22
Total des travaux de rénovation	3,26	2,26	2,64	4,84	4,52
Nombre de logements parc privé	2 921	2 983	2 858	2 936	2 921
Nombre de logements rénovés	237	170	163	308	216
Proportion de logements rénovés	8,1 %	5,7 %	5,7 %	10,5 %	7,4 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données de l'AP-HP

Ces différents efforts ont permis d'augmenter le taux de rotation des logements du parc privé de cinq points pour atteindre 11,9 % en 2019 contre 7,1 % en 2016, la baisse en 2020 étant conjoncturelle avec la crise sanitaire.

Tableau n° 53 : Logements du parc privé remis en location par an

Situation au 1 ^{er} janvier	2016	2017	2018	2019	2020
Rénovations/réparations nécessaire	183	161	157	307	216
État d'usage	24	32	34	42	12
Total des logements rendus disponibles	207	193	191	349	228
Nombre de logements parc privé	2 921	2 983	2 858	2 936	2 921
Proportion de logements disponibles pour attribution (en %)	7,1	6,5	6,7	11,9	7,8

Source : Données AP-HP

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La croissance des logements du parc privé destinés aux agents repose sur plusieurs leviers. Outre une réduction du délai moyen d'attribution, une politique de reprise des logements loués à des tiers a permis de réattribuer une centaine de logements et l'accélération en 2019 de la politique de rénovation de logements a permis de diminuer les vacances de logements et d'augmenter leur taux de rotation.

5.5 Faire du logement un outil d'attractivité de l'AP-HP pour les personnels

L'AP-HP rencontre d'indéniables difficultés de recrutement sur certaines professions. Il était prévu en 2020 (avant la crise sanitaire) la résorption d'un tiers des postes vacants sur ces métiers appelés « en tension » (infirmier diplômé d'État, infirmier anesthésiste diplômé d'État, infirmier de bloc opératoire diplômé d'État, manipulateurs radio, masseur-kinésithérapeute), par le recrutement de 250 équivalents temps pleins sur 672 postes à pourvoir début 2020¹⁷⁷. Le plein emploi sur le marché du travail soignant en France, la concurrence du secteur privé et les nombreuses vacances de postes dans le secteur public en Île-de-France, l'absence de perspectives d'augmentation à court terme du volume des nouveaux diplômés concourent à ne pas permettre d'envisager une résorption plus rapide de ces vacances.

Le coût important du logement en Île-de-France constitue un réel frein au recrutement et à la fidélisation des professionnels. C'est pourquoi depuis 2004, l'AP-HP a développé des dispositifs ciblés d'aide au logement sur certaines catégories de personnel en tension. Ils se cumulent avec les dispositifs nationaux mis en place en Île-de-France sur la rémunération (prime « Cœur Île-de-France », élargissement de la prime d'engagement dans la carrière

¹⁷⁷ Ce nombre ne tient pas compte des recrutements décidés postérieurement à 2020.

hospitalière, etc.) et accentuent la différenciation dans les conditions d'exercices de ces métiers.

Ces dispositifs « attractivité » sont un fléchage de logements vers les nouveaux recrutés dans ces métiers en tension, examinés dans le cadre du circuit d'attribution des demandes de logements mais hors critères sociaux. Ils ne peuvent toutefois s'adresser qu'à des agents de la fonction publique hospitalière, et non aux contractuels.

Les minorations de loyers consenties par rapport aux autres locations représentent un effort de 4,0 M€ par an pour l'AP-HP, destinés à renforcer son attractivité sur ces métiers en tension.

5.5.1 Le dispositif « IDE Capitale » a été élargi depuis 2019

En parallèle du dispositif spécifique « Sortie d'IFSI », le dispositif « IDE capitale » a été créée en 2004 pour favoriser l'attractivité de l'AP-HP pour les infirmiers diplômés d'État (IDE). Il concerne les agents recrutés en tant que titulaire, stagiaire, en contrat à durée déterminée ou indéterminée sur emploi permanent. Ce dispositif permet d'attribuer un logement à titre provisoire (bail de 18 mois non renouvelable depuis 2019) aux professionnels embauchés pour la première fois à l'AP-HP. Les conventions d'occupation sont assorties d'une clause de fonction.

Les logements sont des studios (15 m² à 24 m²)¹⁷⁶ ou des appartements en colocation. Les bénéficiaires ont un loyer forfaitaire de 250 € mensuels à Paris et 150 € en petite couronne. Les conditions d'attribution ont été révisées en 2019¹⁷⁹.

Tableau n° 54 : Le contingent de logements « IDE Capitale »

Situation au 31 décembre	2016	2017	2018	2019	2020
Contingent IDE Capitale	ND	ND	110	122	141
Nombre de logements occupés	93	49	35	97	ND

Source : AP-HP – Bilan du dispositif IDE Capitale au 31 décembre 2020

Alors qu'en 2017 seulement un tiers des logements fléchés étaient attribués (en partie du fait de rénovation en cours), l'AP-HP a relancé le dispositif en 2019, notamment avec un circuit d'attribution spécifique et une communication interne. La prolongation de la durée de 12 à 18 mois a contribué à rendre plus attractif le dispositif. En outre, depuis 2019, l'AP-HP a élargi les catégories de bénéficiaires potentiels en incluant d'autres métiers en tension ; les infirmiers représentent toujours l'essentiel des logements (80 %), avec les masseurs-kinésithérapeutes (12 %) et les manipulateurs en électroradiologie (8 %).

Le succès de ce dispositif auprès des nouveaux recrutés souligne les enjeux du logement pour les jeunes actifs à Paris. La perte de recettes générée par ce dispositif par rapport à une recette de location est estimée par la chambre, en année pleine, à 860 000 € (par rapport à la grille tarifaire appliquée par l'AP-HP, elle-même inférieure au marché immobilier).

Par ailleurs, en plus de ce dispositif, l'AP-HP a signé en octobre 2020 avec un bailleur privé un accord pour réserver 70 logements meublés proches d'hôpitaux à des personnels infirmiers à l'issue de leur formation professionnelle.

¹⁷⁶ La chambre a toutefois trouvé quatre studios de 8 à 14 m².

¹⁷⁹ Le rapport de la chambre régionale des comptes Île-de-France consacré au personnel infirmier de l'AP-HP pour les exercices 2011 et suivants avait constaté que « les conditions d'accès à ces logements s'avèrent en l'état illégales car discriminatoires ». L'AP-HP a supprimé ces critères discriminatoires et les a remplacés par des critères légaux relatifs au statut de l'agent et au taux d'occupation du logement.

5.5.2 Le dispositif « Attractivité-fidélisation » lancé en 2020

L'attractivité et la fidélisation des personnels sont des enjeux majeurs pour surmonter les difficultés de recrutement. C'est pourquoi l'AP-HP a conçu le nouveau dispositif « Attractivité-fidélisation » en janvier 2020, qui remplace des dispositifs antérieurs qui fléchissaient quelques dizaines de logements vers les masseurs kinésithérapeutes et manipulateurs radios.

Ce nouveau dispositif concerne exclusivement les agents recrutés en tant que titulaire ou en contrat à durée indéterminée, et contrairement au dispositif « IDE Capitale » propose des logements plus grands (T2, T3, T4) pour des durées plus longues (trois ans renouvelables, avec une clause de fonction). Il s'adresse aux personnels infirmiers, manipulateurs en électroradiologie, masseurs kinésithérapeutes ainsi qu'aux cadres (soignants et administratifs).

Un objectif de 400 logements attribués sur la période 2020-2021 a été fixé, par réaffectation de logements à l'occasion de la rotation des locataires du parc privé ou de la reprise de logement (169 logements étaient attribués en septembre 2020).

Le loyer est adossé au plafond prêt locatif social (PLS) donc la valeur mensuelle par m² pour 2019 est de 13,34 € / m² pour les logements de type F1/F2 et 90 % du PLS soit 12 € / m² pour les logements F3 et plus. La perte de recettes générée par ce dispositif par rapport à une recette de location est estimée par la chambre, avec 400 logements en année pleine, à 3,1 M€ (par rapport à la grille tarifaire appliquée par l'AP-HP, elle-même inférieure au marché immobilier).

5.5.3 Les dispositifs mis en œuvre pendant la crise sanitaire de 2020

La crise sanitaire causée par la Covid-19 a souligné que certaines catégories de personnel de l'AP-HP ne peuvent se loger près de leur lieu de travail, en particulier à Paris. Pour remédier à leurs trajets, mais également réduire le risque de contaminer des tiers et loger les soignants venus temporairement renforcer les équipes des hôpitaux de l'AP-HP de nombreuses initiatives privées ont été lancées.

Portées par des entreprises ou des associations, elles ont permis d'identifier rapidement plusieurs milliers de logements inoccupés pour les louer ou les mettre à disposition gratuitement de soignants de l'AP-HP.

L'AP-HP a recensé, outre le recours à son parc d'hébergement d'urgence au sein de ses hôpitaux, au moins 58 soignants logés chez des particuliers, pour quelques jours ou semaines, et au moins 539 autres logés à l'hôtel pour 6 931 nuitées (dont 392 soignants pour 5 190 nuitées à titre gratuit, mises à disposition par douze hôtels).

5.5.4 La définition d'une nouvelle stratégie accélérée par la crise sanitaire

En 2016, la stratégie assignée à la gestion du domaine privé était d'une part d'accroître la proportion d'agents de l'AP-HP en activité parmi les locataires, grâce à des actions de reprise de baux, et d'optimiser la gestion financière de l'activité, sans préjudice de sa dimension sociale. Entre 2016 et 2019, la chambre a constaté une amélioration du recouvrement mais aussi une politique réussie de diminution du taux de logements vacants, engagée à la suite d'un rapport interne de 2013¹⁸⁰. Ces actions ont rencontré d'indéniables réussites, sans pour autant atteindre l'objectif de 1 000 attributions supplémentaires entre 2016 et 2019 (environ 600)¹⁸¹.

¹⁸⁰ Conseil de l'immobilier de l'État, Avis du 11 juin 2014 sur la stratégie immobilière de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (APHP).

¹⁸¹ Évolution du nombre de dossiers attribués par an avant et après 2016.

Confrontée à la vacance de près de 700 postes sur les métiers dits « en tension » (infirmier diplômé d'État, infirmier anesthésiste diplômé d'État, infirmier de bloc opératoire diplômé d'État, manipulateurs radio, masseur-kinésithérapeute), non pourvus faute de candidats, l'AP-HP a décidé de faire du logement un facteur d'attractivité du personnel, comme présenté dans le projet social et réaffirmé début 2020. C'est pourquoi l'AP-HP projette d'affecter une partie des marges de manœuvre financières dégagées par la reprise partielle de la dette des hôpitaux publics décidée par le Gouvernement en décembre 2019 à un investissement dans le logement pour répondre aux enjeux d'attractivité pour le personnel.

Selon l'AP-HP, la crise sanitaire de la Covid-19 justifie encore davantage la politique engagée depuis l'année précédente de faire du logement un outil d'attractivité. Elle accélère aussi cette réorientation, avec un réexamen de la politique de cessions immobilières, dont les limites avaient déjà été soulignées par la commission des affaires domaniales. En 2021, une nouvelle méthodologie d'arbitrage entre l'utilisation d'un bien comme logement pour l'AP-HP ou sa valorisation sous la forme de cession a été arrêté.

Surtout, l'AP-HP a entamé plusieurs études, destinée à réorganiser son offre de logements. En juin 2020, une première a été lancée pour vérifier l'adéquation de son offre de logements (gestion directe, baux emphytéotiques, conventions de réservation...) aux besoins du personnel (typologie des logements, temps de trajets...), notamment avec l'évolution des implantations hospitalières en lien avec la stratégie immobilière. De novembre 2020 à juin 2021, l'AP-HP bénéficie à la demande de la ministre chargée du logement d'une mission d'appui du Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD). Une enquête auprès des personnels en 2021 permettra également de recenser les besoins.

Dans ce nouveau cadre, des dispositifs visant à faciliter l'accession des agents à la propriété sont envisagés en parallèle des dispositifs locatifs.

Ces nouvelles orientations stratégiques marquent une rupture avec la diminution du nombre de logements de l'AP-HP depuis deux décennies. Elle oriente l'AP-HP vers une nouvelle étape de son histoire immobilière. Ces orientations en matière de logement, où l'AP-HP se comporte comme bailleur voire comme promoteur immobilier, devraient être intégrées au sein de sa stratégie immobilière au même titre que la gestion de ses sites hospitaliers.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Comme les autres établissements publics de santé franciliens, l'AP-HP est confrontée à d'importantes vacances de postes dans ses services. En 2019, dans un objectif d'attractivité, elle a décidé de développer le logement de son personnel en priorisant certaines attributions. Des dispositifs ciblés ont été relancés ou mis en place pour un coût estimé à 4 M€ afin de flécher 540 logements vers les filières paramédicales pour lesquelles les vacances de postes sont les plus importantes. En cours de déploiement, ils répondent à un réel besoin des agents. L'utilisation du logement comme outil d'attractivité à l'égard du personnel paraît encore davantage justifiée à la lumière de la crise sanitaire. Dans cette logique, plusieurs études ont été lancées pour faire profondément évoluer l'offre de logements à destination du personnel.
