

# LE RECRUTEMENT ET LA FIDELISATION DES IDE EN MIDI PYRENEES

**Auteur :**

**Didier Mottay,**

**Maître de Conférences Toulouse III, Laboratoire LGC.**

**Coordonnées :**

20, rue Boyssonne, 31400 Toulouse

**Adresse mail :**

dmottay@cict.fr

**Résumé :**

*La pénurie mondiale d'infirmières affectant les systèmes de santé fait peser une menace sur la santé et le bien-être des populations. Elle pose des défis encore inédits aux décideurs politiques et aux responsables de la planification, que ce soit dans les pays en voie de développement ou dans les pays industrialisés.*

*Bien que favorisée par sa situation géographique, il apparaît que la région Midi Pyrénées est elle aussi confrontée à ce phénomène, mais depuis quelques années seulement. Face à ce nouveau problème des réflexions sont en cours et des mesures ont été prises récemment pour répondre localement à la pénurie d'IDE.*

*L'étude s'est intéressée à mieux comprendre les spécificités régionales, les solutions envisagées et les amorces de solutions. Cette communication repose sur une enquête qualitative, effectuée en 2009, auprès de six DRH d'établissements de soins dispersés dans la région Midi Pyrénées et totalisant 5441 lits, soit plus de 25% de l'offre de soins présente dans la région. Elle s'inscrit dans une recherche plus large ayant aussi mobilisé des acteurs régionaux en charge de la formation des IDE (directrices d'IFSI, responsables d'agences de formation, directeurs d'agences de placement infirmier, représentants de la tutelle).*

*Depuis quelques années, deux problèmes nouveaux doivent être résolus par les DRH en Midi Pyrénées. D'une part, il devient de plus en plus difficile pour les établissements de recruter suffisamment de personnel soignant venant des IFSI régionales pour combler les besoins croissants. Soit parce que les effectifs en fin d'étude sont trop faibles compte tenu du problème d'attractivité de cette forme d'exercice de la profession. Soit parce que les jeunes IDE se détournent de certains établissements au profit d'autres jugés plus attractifs. Ou bien*

*encore, parce que les jeunes infirmières changent de comportement et s'intéressent à d'autres formes d'exercices de la profession.*

*D'autre part, conjointement à ce problème de recrutement, se pose le problème de la fidélisation car, ici aussi, des nouvelles formes de travail (infirmière libérale, intérim) viennent concurrencer l'exercice du métier en institution.*

*Nous proposons une typologie des pratiques de GRH envisagées ou mises en œuvre par les DRH de notre échantillon, dans le but de faciliter le recrutement et la fidélisation des personnels infirmiers à différentes étapes de leur carrière.*

Mots clefs : IDE, infirmière, recrutement, fidélisation, IFSI, intérim, exercice en libéral.

## **Introduction :**

Au delà du territoire national, la situation de l'emploi infirmier est un sujet de préoccupation dans une majorité des pays. Selon l'OMS<sup>1</sup> la profession d'infirmier souffre de certaines faiblesses présentes à divers degrés dans l'ensemble des systèmes de santé dans le monde, y compris en Europe (OMS rapport, 2006).

De nombreuses sources d'insatisfaction sont liées au manque de reconnaissance de la profession par les autorités de tutelle, aux conditions de travail difficiles, aux difficultés de concilier la garde des enfants et les horaires spécifiques pour une profession largement féminisée, aux salaires non proportionnels aux responsabilités, à certains horaires inconfortables ou encore aux faibles perspectives de promotion. A cette situation délicate s'ajoute un phénomène de pénurie d'effectif au niveau mondial qui peut dans certain cas entraîner une compétition entre les pays ou les régions pour la captation de la ressource (Lafer, 2005 ; Terenau et Galieta Minca, 2009).

Cette préoccupation est déjà ancienne dans plusieurs pays développés, particulièrement aux Etats Unis (Mc Clure et al., 1983, 2002). On a donc assisté dans ce pays, depuis une trentaine d'années, au développement d'une littérature spécifique s'intéressant à l'attractivité des établissements de soins pour le personnel infirmier, ces établissements étant désignés sous le nom de « magnet hospital » (Aiken, 1994). Terme que l'on pourrait traduire littéralement par « hôpital attractif » pour la France, mais cette traduction ne prendrait pas en compte la dualité

du système de soins français qui comporte des hôpitaux publics et des cliniques. Aux Etats Unis, l'ambition de ces « magnets hospitals » est de conjuguer la qualité des soins et satisfaction du personnel. Une organisation professionnelle « l'American Nurses' Credentialing Center » (ANCC), elle même émanation de « l'American Academy of Nursing », délivre une certification<sup>2</sup> attestant que les conditions de travail dans un établissement sont particulièrement attractives pour le personnel de soins<sup>3</sup> tout en assurant de meilleurs soins aux patients.

Progressivement le concept se développe en Europe dans les régions particulièrement touchées par les problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel infirmier, par exemple la Grande Bretagne à la fin du siècle dernier (Purvis et Cropley, 2003). Dès 2002, l'institution anglaise de Rochdale est la première organisation à recevoir la certification de « magnet hospital » en dehors des USA (Aiken, 2008). Bien que les problèmes de recrutement de personnel infirmiers soient depuis longtemps une préoccupation pour les hôpitaux français de la région parisienne, ce n'est que récemment que des expériences ont été menées en s'inspirant du concept nord-américain de « magnet hospital » tout en assurant son adaptation à la situation française extrêmement spécifique, ne serait-ce que par la dualité de son système de soins (Canasse, 2009). Aiken et ses collègues faisaient d'ailleurs remarquer que les différents pays avaient des structures organisationnelles et des systèmes de financement différents et qu'il était par conséquent difficile d'exporter directement le concept (Aiken et al., 2001).

Au travers de notre travail, nous nous intéresserons en premier lieu à préciser la situation française de l'emploi infirmier telle qu'elle apparait dans la littérature et les statistiques nationales. Nous verrons que plusieurs facteurs, notamment liés à la formation ou à l'exercice même de la profession, permettent d'expliquer les difficultés de recrutement et de fidélisation actuelles au plan national, bien qu'il existe des différences selon les régions. Dans une seconde partie, reposant sur une étude empirique menée auprès de directeurs des ressources humaines (DRH) d'établissements de Midi Pyrénées, nous vérifierons que ces difficultés présentes au niveau national, se posent aussi dans cette région bien que ses spécificités géographiques et démographiques l'ait relativement épargnée jusqu'à ces dernières années.

---

<sup>1</sup> OMS : Organisation Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Site de l'ANCC : <http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx>

<sup>3</sup> La certification exige des critères correspondant au système de santé américain qui ne sont pas toujours adaptés au système de santé français :

Puis, nous présenterons leur perception de l'évolution de l'emploi infirmier et les politiques de ressources humaines (RH) envisagées et mises en œuvre en Midi Pyrénées pour répondre à ce problème.

## **I. La situation de l'emploi infirmier en France et en Midi Pyrénées**

A l'heure actuelle, la pénurie d'infirmières affectant les systèmes de santé fait peser une grave menace sur la santé et le bien-être des populations. Dans la majorité des pays développés à la démographie vieillissante, les évolutions de la demande de soins, le turn-over, les difficultés de recrutement et les nombreux départs à la retraite du personnel soignant constituent des problèmes importants en matière de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux et les cliniques (Acker, 2009 ; Hesbeen, 1993).

### **I.1 Une pénurie dépassant le cadre national et des effets récents en Midi Pyrénées**

La pénurie globale concernant l'emploi infirmier, incite les pays les plus développés à avoir recours à de la main d'œuvre étrangère venant de pays excédentaires ou bien dans lesquels les conditions de travail sont moins satisfaisantes.

Par exemple, pour faire face aux difficultés présentes dans certaines régions françaises comme la Lorraine ou la Région Parisienne au début des années 2000, la France a cherché à attirer des infirmières étrangères pour résoudre le problème de tension sur le marché de l'emploi infirmier. A la différence d'autres pays, elle a choisi de se tourner vers un pays développé ayant à cette époque un excédent d'infirmières, l'Espagne. Selon le syndicat<sup>4</sup> SNPI en 2004, après deux ans d'activation du dispositif par le ministère, 643 infirmiers auraient été recrutés. Ce chiffre est à comparer aux 19571 diplômés sortis la même année des IFSI<sup>5</sup> (Marquier, 2006, p.4). Cette voie ne semble donc pas en mesure de résoudre efficacement les tensions. Inversement, dans certaines régions on assiste à des transferts transfrontaliers au détriment de la France ; par exemple de nombreuses infirmières françaises exerceraient en Suisse<sup>6</sup> ce qui

---

<http://www.nursingadvocacy.org/faq/magnet.html>.

<sup>4</sup> Site du SNPI consulté le 7/09/09. <http://www.syndicat-infirmier.com/Combien-d-infirmieres-espagnoles.html>

<sup>5</sup> IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier.

<sup>6</sup> La Suisse compterait 19,3% de personnel infirmier étranger en 2000, soit résident soit frontalier (Terenau, 2009 p.258).

peut localement poser des problèmes de recrutements aux institutions françaises proches de la frontière (Terenau et al., 2009).

Dans notre pays, d'ici 2013, la demande de personnel infirmier pourrait s'élever à 100 000 infirmières (Gavoille, 2008). Ces besoins sont liés à l'évolution démographique qui entraînera d'importants départs à la retraite correspondant à 55 % des infirmières<sup>7</sup> en poste en milieu hospitalier pour la période 2008-2012. En effet, les départs massifs de personnel infirmier correspondant à la fin des effets du « baby boom » d'après guerre ne sont pas terminés. Au niveau national, le pic devrait se situer en 2012 avec près de 30000 départs (Soussi, 2008). Les projections nous indiquent que les tensions actuelles devraient donc s'amplifier dans les années à venir. Toutefois, dans notre pays, des facteurs externes concernant l'évolution du régime des retraites (augmentation du nombre de trimestre de cotisation pour obtenir une retraite à taux plein) ou bien encore l'évolution des métiers (modification de l'âge actuel de départ à la retraite pour les infirmières) sont susceptibles de remettre en cause les prévisions statistiques.

Dans le cadre national, on peut aussi constater une concurrence entre les différentes régions. Par exemple, certaines régions méridionales semblent plus attractives pour les jeunes infirmières qui n'hésitent pas à quitter la région où elles ont été formées. Au sein d'une même région il peut aussi se développer des déséquilibres en fonction de l'attractivité relative de certaines zones ou bien encore de la proximité immédiate d'un IFSI. Auparavant de nombreux IFSI étaient sous la tutelle directe d'établissements publics avec lesquels ils avaient des liens privilégiés. Depuis 2004, les conseils régionaux sont en charge de la gestion des IFSI et sont donc intéressés directement à la formation des infirmiers diplômés d'état (IDE) tout en ayant le souci d'assurer une présence suffisante et homogène de ces professionnels de santé sur l'ensemble de la région.

La région Midi Pyrénées présente des caractéristiques propres par rapport aux autres régions françaises. C'est la plus étendue des régions françaises mais elle n'abrite que 4,5% de la population française avec une densité de 61 hab/km<sup>2</sup> soit environ moitié moins que la densité de population nationale (113 hab/km<sup>2</sup>). A la différence de nombreuses régions, la population augmente au rythme de 1,2% par an sur les dix dernières années. Cette augmentation est surtout le fait de la Haute Garonne et particulièrement de la ville de Toulouse car la région est

---

<sup>7</sup> Par facilité, nous utiliserons l'acronyme IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) et le terme « infirmière » plutôt que « infirmier » dans la mesure où la profession possède la singularité d'être une profession féminisée à 87% (Acker, 2009 p.93).

très inégalement peuplée. En effet, l'aire urbaine de Toulouse est celle qui a en France la plus forte croissance démographique parmi celles de plus de 300000 habitants (source : Insee, 2009). Cette croissance démographique exceptionnelle s'accompagne d'une population jeune et largement composée de cadres. En revanche, il existe une grande disparité avec d'autres territoires de la région qui, au contraire de la Haute Garonne, ne bénéficient pas du même essor démographique et économique.

Dans le domaine de la Santé, plus précisément des établissements de santé, la région entre 1999 et 2004 a vu ses effectifs augmenter de 1,7% par an soit 0,5% de plus que la moyenne nationale. Depuis 2004, ce phénomène s'est amplifié du fait de facteurs contingents comme le départ massif à la retraite du personnel ayant été recruté dans le courant des années 70, à l'occasion de l'ouverture de nombreux établissements de soins dans la région. On trouve trace de cette situation dans les statistiques nationales puisqu'en janvier 2009 la Région Midi Pyrénées est systématiquement au dessus de la moyenne nationale en ce qui concerne la proportion d'infirmières de plus de 50 ans (Drees, 2009). Inversement elle est systématiquement en dessous de la moyenne nationale pour la proportion d'infirmière ayant moins de 40 ans. Globalement la population d'IDE présente en Midi Pyrénées est âgée et sur le point de partir à la retraite dans les prochaines années<sup>8</sup>. L'ensemble de ces données atypiques explique que les besoins de recrutement en matière de personnels soignants soient en forte croissance ces dernières années. Depuis peu, les transferts de main d'œuvre en provenance d'autres régions françaises, qui par le passé avaient assurés l'équilibre, se révèlent insuffisants pour faire face à la demande.

Alors que la région Midi Pyrénées, en particulier la région toulousaine, semblait jusqu'ici être relativement épargnée par la pénurie d'IDE, la situation s'est brusquement dégradée en 2008 au point que certains établissements publics se sont trouvés en difficulté. Les causes de cette dégradation sont structurelles, semblables à ce qui est observé au niveau national, mais aussi contingentes. Par exemple, d'importants établissements de la région ont été créés dans les années 70 et les IDE recrutés à cette époque partent actuellement à la retraite. La région est aussi caractérisée par la présence de zones urbaines en plein développements dont les établissements apparaissent plus attractifs que ceux situés dans des zones moins dynamiques. Pour faire face à cette difficulté le Conseil Régional Midi Pyrénées a obtenu en 2009 un relèvement exceptionnel des quotas de 172 places dans les IFSI de la région, ce qui pourrait

---

<sup>8</sup> Il est difficile de prévoir précisément l'ampleur des départs à la retraite car les conditions de

améliorer la situation à terme, sous réserve que ces quotas soient effectivement atteints et que les étudiants recrutés finissent leur cursus. Sur le court terme, les problèmes persistent pour les établissements de soins. On peut légitimement s'interroger sur les causes de cette pénurie et sur la nature des politiques de GRH devant permettre de gérer ce problème.

## **I.2 Des causes de pénurie multiples**

De multiples facteurs se combinent pour expliquer la pénurie concernant le personnel infirmier (Mouquet et Oberlin, 2008). Dans notre pays, nous sommes en présence d'un « marché du travail fermé » au sens de Paradeise (1988), l'accès à la profession faisant l'objet d'une réglementation stricte de la part de l'Etat. Il est donc logique dans un premier temps de chercher les causes de cette pénurie dans la filière de formation. Nous observerons la situation française et les spécificités de Midi Pyrénées.

### **I.2.1 La formation des IDE**

En France, la formation se déroule dans les IFSI sur trois ans. Il faut pourtant signaler le manque de reconnaissance de la formation, celle-ci n'étant reconnue jusqu'à récemment qu'à BAC+2. Dorénavant, le diplôme s'intégrera dans le cursus LMD dans le cadre d'une réforme en cours<sup>9</sup>. Les futurs diplômés pourront atteindre le grade universitaire de Licence. Il devrait s'en suivre naturellement, une reconnaissance du diplôme au niveau Bac+3 ce qui pourrait correspondre à une évolution de catégorie pour les IDE exerçant dans le public (de la catégorie B vers la catégorie A) et à la suppression du droit à la retraite à 55 ans<sup>10</sup>.

Au-delà de ce problème de reconnaissance de la formation, au début des années 90 le gouvernement de l'époque avait décidé d'une baisse des quotas d'entrée en IFSI. Par la suite, les quotas ont augmenté, mais depuis 1999 il manque des candidats et les quotas ne sont pas toujours atteints dans l'ensemble des IFSI (Marquier, 2006). Par la suite, au début des années 2000, l'application de la loi sur les 35 heures a fortement perturbé le fonctionnement des établissements de soins (Acker, 2006). Cette situation de tension sur le marché de l'emploi a favorisé les transferts de main-d'œuvre inter régionaux, les IDE étant très mobiles au sortir de leur formation (Marquier, 2005).

---

retraite peuvent largement influencer les projections.

<sup>9</sup> JORF n°0181 du 7 août 2009 page 13203 texte n° 18. « Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier ».

Par ailleurs, la formation est sujette à un important taux d'abandon en cours de cursus et celui-ci aurait tendance à croître. L'étude de la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), a mis en évidence en 2006 que près de 80 % des étudiants ayant débuté leur formation en 2001 ont effectivement été diplômés en 2004, les 20 % restant comprenant essentiellement des personnes qui ont abandonné (Marquier, 2006). En effet, seulement 7 % des diplômés en 2004 avaient redoublé au moins une fois. Ces abandons peuvent avoir des causes multiples. Par exemple, les stages pratiques au cours de la formation d'infirmière permettent aux étudiants de se rendre compte de la difficulté d'exercice de la profession dans les établissements de soins. Ces difficultés et le manque d'accompagnement lors des stages pousseraient les étudiants infirmiers à quitter prématurément la formation à la suite des premiers contacts avec la réalité du travail infirmier.

Nous avons donc une situation nationale où les quotas des IFSI ne sont pas toujours atteints, avec de fortes différences régionales. En Région Parisienne en 2003 plus d'une place sur 5 n'est pas pourvue dans les IFSI, moins d'un sur 10 en Midi Pyrénées (Marquier, 2006). A cette situation s'ajoute un fort taux d'abandon en cours de formation. La pénurie actuelle d'IDE ne peut donc pas être résolue en ayant recours à de simples décisions quantitatives sur les quotas d'admission en IFSI. Il semble bien que l'attractivité de la profession soit un facteur explicatif important.

### **I.2.2 Un changement culturel accompagné d'une crise des vocations.**

Pendant très longtemps entrer dans la profession d'infirmier était comparable à une entrée dans les ordres (don de soi, disponibilité permanente). D'ailleurs la toponymie de nos hôpitaux et institutions de soins reflète encore fréquemment l'origine religieuse de notre système de santé. De nos jours, le changement des mentalités tend à faire disparaître la notion de « mission » au profit de la « fonction ». Face à des patients qui deviennent des consommateurs de soins, le métier d'infirmière se positionne comme métier de relation et non plus comme un métier de « vocation ». Désormais les salariés n'hésitent plus à se réorienter dans le cadre de leur parcours professionnel en changeant d'établissement, de secteur d'activité, et même de métier. Ils essayent ce faisant de concilier leur vie professionnelle, leur vie personnelle et d'améliorer leur situation financière. Les conditions d'exercice de la profession constituent en effet l'un des freins à son attractivité: les horaires lourds, décalés ne

---

<sup>10</sup> Ces différents points sont en discussion : <http://www.cgtlaborit.fr/spip.php?article195>

permettent pas toujours de gérer les contraintes familiales. Une enquête de la Drees portant sur les cinq premières années de la carrière des IDE, nous indique d'ailleurs que c'est la seule catégorie de diplômés pour laquelle on observe une augmentation du travail à temps partiel en début de carrière (Marquier, 2005). C'est peut être un indice montrant l'importance des difficultés d'exercice de la profession. Sur le plan psychologique, le côtoiement de la maladie et de la mort sont autant d'éléments qui peuvent dissuader les jeunes de choisir ce métier.

### **I.3 L'insatisfaction liée aux conditions de travail : l'enquête Presst-next**

Au sein des établissements de santé, la réduction du temps de travail (passage aux 35h) a souvent entraîné une intensification du travail et une plus grande complexité dans la gestion des plannings (Tonneau, 2003). Sur le plan quantitatif, la mise en place des 35 heures s'est traduite par une réduction du temps de travail sans que les recrutements qui ont été effectués dans le même temps, principalement dans des postes de personnels soignants, ne soient parvenus à combler le manque de main-d'œuvre. Sur le plan qualitatif on constate une réduction du temps de communication entre les équipes ainsi qu'une réduction du nombre de réunions de groupe, créant ainsi un isolement du personnel soignant et une dégradation de la qualité relationnelle avec les professionnels et les patients.

Il apparaît ainsi assez clairement que depuis quelques années la « situation » infirmière s'est progressivement dégradée. Le manque d'infirmières ayant favorisé une dégradation des conditions générales de leur travail. Classiquement, des conditions de travail moins favorables diminuent l'implication des personnels en poste, rendent plus difficile leur fidélisation et réduisent aujourd'hui la motivation des candidats potentiels.

L'absentéisme, l'envie de changer d'établissement, de passer du public au privé (ou inversement), d'évoluer vers une pratique libérale, de pratiquer sa profession dans le cadre de l'intérim, ou de quitter la profession semblent des phénomènes de plus en plus marqués en France et dans les pays européens. L'intention de départ volontaire est souvent le résultat d'un état d'insatisfaction vis à vis du travail (Neveu, 1993). On peut aussi considérer, en accord avec Purvis et Cropley (2003) que l'intention de départ est liée à la perception d'une rupture du contrat psychologique (Rousseau, 1989) les liants à leurs institutions.

L'union européenne consciente de ce problème a commandité l'enquête Next<sup>11</sup> en 2002 interrogeant par questionnaire 69 902 soignants de toutes catégories appartenant à 10 pays de l'union. En France l'enquête a été menée entre 2002 et juin 2003 sous le nom de Presst<sup>12</sup> (Estryn-Behar et al. , 2003, 2007). L'objectif de ces études est de déterminer les circonstances et les raisons qui amènent les professionnels de santé à quitter prématurément leur profession (Estryn-Behar, Gasparini, Simon, 2006).

L'enquête Presst-next, réalisée en deux vagues, recense les différents motifs d'insatisfaction et rend possible des comparaisons entre les différents pays européens (tableau 1). Elle met en évidence sept causes principales pouvant créer de l'insatisfaction chez les soignants et susceptibles d'expliquer les départs prématurés dans la profession (Estryn-Behar et Munster, 2007).

Tableau 1 : Les principaux motifs d'insatisfaction en Europe et en France, par ordre d'importance :

<b>Motifs d'insatisfaction par ordre d'importance</b>		
	<b>France</b>	<b>Europe</b>
1. Soutien psychologique au travail	66.1%	50.3 (2 <sup>ème</sup> rang)
2. Temps de chevauchement pour les transmissions	53.7	37.1 (6 <sup>ème</sup> rang)
3. Conditions physique du travail	52.0	44.2 (3 <sup>ème</sup> rang)
4. Pouvoir donner les soins adéquats	49.5	41.3 (4 <sup>ème</sup> rang)
5. Salaire par rapport aux besoins financiers	44.0	53.0 (Premier rang)
6. Perspectives professionnelles	37.4	40.0 (5 <sup>ème</sup> rang)
7. Utilisation des compétences.	36.4	31.6 (7 <sup>ème</sup> rang)

D'après : *Enquête Presst-Next, Santé et satisfaction des soignants au travail (Estryn-Béhar, 2008)*

Le manque de soutien psychologique, des horaires décalés, des conditions de travail difficiles ainsi qu'un sentiment de non reconnaissance du travail accompli pour un salaire insuffisant, sont parmi les motifs les plus mis en avant par les personnels quant à leur insatisfaction (Estryn-Béhar, 2008). Le manque de soutien psychologique apparaît comme étant le facteur principal pouvant entraîner l'abandon de la profession. Selon nous, cette variable est à rapprocher de la notion de perception du soutien organisationnel décrite par Eisenberger et al.

<sup>11</sup> Nurses's Early eXit sTudy : Quality of life and management sustaining working ability in the nursing profession : investigation of premature departure from work. Key action n°63

<sup>12</sup> Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au travail.

(1986) et qui est déterminante pour analyser les attitudes des salariés vis à vis de l'organisation qui les emploie.

Remarquons dans le tableau que les motifs relevant du contenu du travail (3, 4, 7) sont appréciés de façon similaire dans tous les pays européens. Pour tous ces facteurs c'est le travail en lui-même, ses caractéristiques, qui sont source d'insatisfaction (Mottay, 1999). A ces facteurs intrinsèques relevant du contenu du travail, s'ajoutent des caractéristiques organisationnelles (motifs : 1, 2, 6, 5) qui dépendent de la combinaison de la situation nationale et de la politique RH menée dans les établissements.

Le tableau ci-dessus permet également d'identifier des spécificités françaises qui peuvent être contingentes au moment de l'enquête effectuée en 2003. Par exemple, les « temps de chevauchement pour les transmissions » sont la seconde source d'insatisfaction en France alors qu'ils n'arrivent qu'au sixième rang pour l'ensemble des pays européens consultés. C'est vraisemblablement une conséquence de la loi récente sur les 35 heures qui a obligé les établissements à mesurer très précisément le temps de travail et à économiser sur les poses et les relèves d'équipes (Tonneau, 2004). Une étude de la Drees a montré que le temps de chevauchement dans les hôpitaux publics était passé de 1 heure à 45 minutes (Bousquet, 2003). Nous verrons dans la deuxième partie de ce travail que le passage aux 35 heures a eu des conséquences durables au sein des établissements de Midi Pyrénées.

Le salaire n'est cité qu'en cinquième position pour les français alors que dans l'enquête européenne il arrive en premier, mais sur ce point nous savons qu'il existe d'importantes disparités européennes. Ces disparités importantes sont représentatives de la limite de ce type d'enquête internationale dans un secteur très réglementé comme celui de la santé. Par exemple, les pays concernés par l'enquête ont des systèmes de santé très différents qui influent sur la formation et la rémunération des IDE.

## **I.4 Problématique**

Dans notre pays, c'est donc depuis une vingtaine d'années maintenant que le problème d'effectif infirmier se creuse, sans que pour autant l'Etat ne prenne des mesures énergiques pour inverser le phénomène. Cette tension progressive sur l'emploi infirmier entraîne naturellement des difficultés de recrutement dans certaines régions, ce qui oblige les organisations de santé à deux types d'actions (Maisonneuve, 2003). D'une part, elles doivent améliorer leur pratique de recrutement. D'autre part, elles ont à travailler sur les facteurs pouvant améliorer la fidélisation des IDE. La question se pose donc quant aux moyens à mettre en œuvre pour pallier le plus rapidement possible à cette situation.

En Midi Pyrénées, les problèmes de recrutement que l'on constatait dans d'autres régions françaises ne semblaient pas se poser jusqu'à un passé récent. En revanche, en 2008 un grand établissement de la Région qui recrutait sans difficulté 70% de l'effectif de l'IFSI local, a vu ses recrutements chuter à environ 50% de l'effectif ce qui était insuffisant par rapport à ses besoins et témoignait d'une évolution rapide de la situation. Les difficultés de recrutement des IDE sont donc une préoccupation récente dans la région. Ce changement de situation donnait l'opportunité d'analyser l'ampleur du phénomène et d'observer la mise en place des dispositifs de gestion cherchant à remédier à ces difficultés.

A la différence d'une entreprise, le recrutement du personnel dans une institution de soins repose sur un processus complexe faisant intervenir de nombreux acteurs. Il faut tenir compte de la législation et de la présence de différents corps de métiers ayant leur propre hiérarchie au sein des institutions. C'est le cas des IDE qui dépendent, à un moment donné du processus de recrutement, d'une direction des soins infirmiers (DSI). Pour cette raison, la direction des ressources humaines d'un établissement de soins collabore étroitement avec la DSI pour évaluer les besoins en recrutement. En revanche, il revient à la DRH de mener la politique de recrutement au sein des établissements dans le cadre d'une stratégie globale de gestion.

Au cours de l'année 2009, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès d'acteurs du système de santé de la région Midi Pyrénées afin de mieux comprendre les problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel infirmier.

Cette première partie de la communication nous a permis de situer notre questionnement aux regards des travaux anglo-saxons et à la lumière des informations fournies par la statistique nationale et les enquêtes européennes. Plusieurs questions se posent en ce qui concerne les effets de la situation de l'emploi infirmier sur les difficultés de recrutement et de fidélisation des IDE en Midi Pyrénées.

Nous chercherons à répondre aux questions suivantes. Premièrement, les DRH de Midi Pyrénées confirment-ils qu'ils rencontrent des difficultés à recruter des IDE? Deuxièmement, peuvent-ils analyser les raisons de cette évolution, que ce soit en terme d'évolution culturelle, de dégradations des conditions de travail, de développement de mode d'exercice alternatifs de la profession? Troisièmement, quelles politiques de fidélisation mettent-ils en œuvre ou envisagent-ils de mettre en œuvre dans un avenir proche pour améliorer leur recrutement ou leur fidélisation des IDE?

Afin de répondre à ces questions, nous avons mené une série d'entretiens auprès de directeurs des ressources humaines d'établissements publics et privés, représentatifs de l'offre de soins dans la région Midi Pyrénées.

## **II. Les politiques de recrutements et de fidélisations des IDE en Midi Pyrénées, l'avis de DRH.**

Dans ce travail, nous allons analyser les entretiens menés auprès de six DRH d'établissements de soins, publics ou privés. L'ensemble de ces établissements représente plus de 25% de l'offre d'hospitalisation de la région. Dans notre échantillon nous avons choisi de sélectionner des établissements situés dans la principale zone urbaine (Toulouse, Haute Garonne), mais aussi dans des villes moyennes éloignées de la Haute Garonne. Ces établissements représentent un large éventail de situations en matière de taille et d'activité que ce soit pour les établissements publics où les établissements privés<sup>13</sup>. Les quatre établissements publics de notre échantillon sont situés dans la métropole régionale et dans des villes de moyenne importance de la région. Les deux établissements privés de grande taille sont situés à Toulouse ou dans la proche banlieue.

Ces six DRH sont placés à la tête de leur institution et déterminent la politique RH des établissements concernés<sup>14</sup>. Ils sont responsables de la politique de recrutement et de fidélisation des IDE avec le concours des directions de soins infirmiers. Ils doivent aussi s'assurer que leurs établissements disposeront des ressources professionnelles, particulièrement des IDE, nécessaires à leur bon fonctionnement dans le futur (Rapiau & Riondet, 2009).

Chaque entretien semi-directif s'est déroulé sur le lieu de travail et a été enregistré avec l'accord du participant. Les entretiens ont des durées variables oscillant entre une et deux heures. Le guide d'entretien à destination des DRH a été construit et réfléchi en fonction des connaissances issues de la revue de la littérature et d'entretiens préalables menés auprès de directrices d'IFSI et d'acteurs impliqués dans la politique de soins au niveau régional. Quatre

---

<sup>13</sup> Nous nous sommes engagés auprès de chacun des établissements à ne pas divulguer des informations permettant de les identifier.

<sup>14</sup> Les établissements sont de taille importante et représentent 5441 lits soit plus de 25% de l'offre présente en Midi Pyrénées (source : ARH Midi Pyrénées).

thèmes ont été plus particulièrement développés : le parcours de formation et le parcours professionnel, le recrutement du personnel soignant, la fidélisation du personnel soignant, les mesures susceptibles d'avoir un effet sur l'évolution l'emploi du personnel infirmier (contexte environnemental, formation, politique RH, conditions d'exercices de la profession). La conduite des entretiens semi-directifs a fait appel à une méthode composite alliant l'utilisation de la grille des thèmes à aborder avec une exploration allant du général au particulier (Blanchet, 1991). La technique retenue ici repose sur le récit de l'expérience, l'exploration souple de l'ensemble des thèmes du guide (respect de l'ordre du discours de la personne interrogée, guide utilisé de manière adaptée afin d'assurer l'équilibre entre savoir recherché et respect de la relation interpersonnelle dans la situation) et la recherche progressive des spécificités (focalisation sur les détails significatifs, mise en relation du discours avec l'expérience vécue et demande de précision).

Les entretiens ont été retranscrits en essayant de rester au plus près de ce qui avait été dit, les retranscriptions ayant été validées par les interviewés. Le corpus ainsi constitué représente un volume de plus de 50 pages de texte. Il a d'abord fait l'objet d'une analyse lexicale informatisée (logiciel Alceste v.2009). Le logiciel Alceste a ici été employé comme un outil d'aide à l'analyse afin de dégager des lignes de force, des polarités sur lesquelles étayer la structuration thématique. Dans un deuxième temps, le corpus a fait l'objet d'une analyse de contenu de type « papier/crayon » visant à catégoriser, pour chacun des participants, les énoncés les plus caractéristiques des thématiques retenues (Bardin, 1977). Cette étape a permis de recouper l'information obtenue à partir de la démarche logicielle (Alceste) mais aussi d'aboutir à une analyse plus en profondeur des thèmes relevés. La condensation, la catégorisation et la codification ont été menées par le chercheur, puis à des fins de triangulation des méthodes d'analyse des données, croisées avec l'analyse de trois autres chercheurs (Paillé & Muchielli, 2008). Enfin, l'étape de vérification (selon les préconisations de Kvale, 1996) a consisté en la réalisation, d'une part, d'un nouvel entretien avec trois DRH permettant une confrontation à ce que les sujets pensent et veulent modifier. D'autre part, afin de mettre le travail d'analyse en débat, une restitution des données structurées par les chercheurs a été présentée devant l'ensemble des DRH intéressés auxquels s'étaient joints des responsables d'organisme de formation en soins infirmier et des représentants des différentes tutelles. L'ensemble de cette démarche a permis de répondre aux questions issues de la revue de littérature et d'enrichir les thèmes par la mise en évidence de processus émergents. Cette

approche a permis à l'auteur de proposer une grille des politiques et pratiques énoncées par les différents DRH lors des entretiens.

## **II.1 La pénurie d'IDE en Midi Pyrénées, mise en évidence d'une réalité émergente.**

Les professionnels interrogés sont unanimes sur le constat mis en évidence dans la première partie de ce travail : il existe une pénurie d'IDE au niveau mondial et la France n'est pas épargnée. L'exemple suivant est représentatif de ce constat : « *Dans l'Europe, voir au niveau mondial, il y a un vrai problème de recrutement infirmier, de mobilité infirmière* » (DRH5). D'emblée nous constatons que ce problème est présent et qu'il entraîne une difficulté de recrutement doublée d'une mobilité professionnelle inhabituelle par le passé.

Si les DRH reconnaissent avoir eu connaissance de la pénurie dans d'autres régions depuis plusieurs années, ils constatent que la pénurie d'infirmières est récente en Midi Pyrénées (Haroche, 2008). Les professionnels conviennent que la situation est moins grave qu'ailleurs, du fait des atouts de la région sur le plan géographique : « *Cela n'est pas propre à Midi – Pyrénées et plus on monte vers le nord de la France, plus ce problème est particulièrement aiguë. Ici, nous sommes assez bien situés géographiquement. C'est une région attractive.* » (DRH5).

En effet nous l'avons vu, la région bénéficie de plusieurs avantages. Le premier est lié à « l'héliotropisme » qui pousse les jeunes infirmières à venir s'installer dans le sud de la France. Le second, c'est l'éloignement des pays francophones plus riches que sont la Suisse et le Luxembourg, par exemple, qui peuvent offrir des conditions financières attrayantes. Enfin, la région possède de nombreux instituts de soins infirmiers très actifs<sup>15</sup>. Les DRH confirment cette situation plutôt avantageuse : « *On est quand même dans une région assez privilégiée* » (DRH 6). Pour autant l'inquiétude est présente car les réalités démographiques sont présentées comme incontournables : « *Il y a plusieurs phénomènes, notamment celui de la démographie qui s'est accentué [...] et nous allons avoir un pic de départ en retraite en 2012. Puis la situation devrait se stabiliser.* » (DRH 1). Les départs en retraite massifs peuvent être expliqués du fait de l'ouverture simultanée de plusieurs établissements de soins dans la région il y a une quarantaine d'années.

---

<sup>15</sup> Treize établissements au total.

Cette situation entraîne des difficultés nouvelles car certains établissements ont pour la première fois du mal à recruter des jeunes infirmières sortant d'IFSI : « *On a eu des difficultés sur l'institut de formation de XXX, puisque l'an dernier, à la dernière sortie, on avait recruté 48% de la promo, ce qui est pas mal, mais insuffisant.* » (DRH1). Ces tensions dans le recrutement peuvent entraîner des comportements opportunistes : « *Actuellement on réfléchit à une politique de communication un peu plus ciblée car on pense que c'est nécessaire et aussi de la déployer dans d'autres instituts de formation que ceux d'XXX mais il faut quand même voir que l'on est dans un secteur en très forte concurrence.* » (DRH2). Désormais les établissements doivent avoir une politique de recrutement active et, pour certains d'entre eux, il s'agit d'une nouveauté.

Le marché de l'emploi infirmier est donc tendu, ce qui entraîne des comportements nouveaux de la part des IDE qui correspondent à l'augmentation du turn-over. Notamment, les DRH constatent que les IDE se dirigent de plus en plus vers le secteur libéral ou bien, phénomène récent, vers l'intérim : « *C'est la pénurie d'IDE, enfin pénurie je ne sais pas, mais beaucoup d'infirmières choisissent l'intérim. Comme ça elles peuvent choisir leurs jours de travail et de congés sans trop de problèmes* » (DRH6).

Nous constatons que la pénurie n'est pas simplement le fait des évolutions démographiques, mais aussi la conséquence de la mutation du travail infirmier, qui rendent attrayantes d'autres formes d'exercices de la profession que le travail à l'Hôpital ou dans les cliniques. Les DRH avancent plusieurs causes explicatives sur ces mutations.

## **II.2 Les causes de la pénurie d'IDE en Midi Pyrénées.**

La profession infirmière a été soumise à de nombreuses mutations depuis une vingtaine d'année. Ces changements sont liés aux évolutions culturelles qui traversent notre société, aux évolutions législatives ou bien encore à de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements chez les IDE. Ces évolutions semblent nuire à l'attractivité de la profession.

### **II.2.1 Les évolutions culturelles.**

Nous l'avons vu dans la première partie, les évolutions culturelles sont une cause mise en avant dans la littérature pour expliquer la difficulté actuelle de recrutement dans les IFSI et donc à terme dans les établissements. En effet, plusieurs interviewés mettent en avant un ensemble de changements culturels et sociétaux qui rendraient la profession moins attractive particulièrement pour l'exercice dans les institutions de soins. Ces évolutions historiques sont ainsi soulignées par un des DRH : « *Depuis mai 68 la remise en cause du discours des*

*médecins sur le corps du patient. La remise en cause de l'appropriation que se faisaient les professionnels de santé, de la pathologie et du corps du patient.* » (DRH4). Les DRH relèvent le fait que l'accumulation de scandales médiatisés (sang contaminé, hormone de croissance...) a entraîné une défiance croissante vis-à-vis des institutions, une judiciarisation des recours et mis l'accent sur des tâches qui viennent dégrader le contenu même du métier d'infirmier.

### **II.2.2 Les conséquences du passage aux 35 heures.**

C'est un lieu commun de dire que le passage aux 35 heures a entraîné de profondes difficultés dans les services de soins : « *Les 35 heures ? C'était en pleine pénurie, ça a été catastrophique pour les établissements de santé.* » (DRH6). Il est vrai que le passage aux 35 heures est arrivé au moment où les premières difficultés de recrutement apparaissaient en France. Le plus souvent, les DRH évoquent le problème de façon factuelle : « *Quand on est passé de 39 heures à 35 heures on a perdu 11% de temps et les moyens que l'on a eu pour y faire face ont été différents d'un établissement à l'autre mais à XXX ils ont été de 5.* » (DRH2). Dans chaque établissement s'est donc engagée une longue procédure de négociation entre la direction et les syndicats. La négociation a souvent aboutie à des compromis quantitatifs, qui n'ont pas toujours pris en compte les aspects qualitatifs du travail : « *A partir du moment où on a mis en place les 35 heures, il a fallu réorganiser le temps de travail, et du coup on en est arrivé à des organisations qui sont un petit peu aberrantes.* » (DRH1).

Dans certaines institutions privées où il existe plus de souplesse au niveau des politiques de recrutement, certains aspects positifs sont relevés : « *A XXX, les 35 heures sont en place depuis 1999 donc c'est un vieux dossier.* » (DRH5). En somme, pour de nombreuses institutions de soins de Midi Pyrénées le passage aux 35 heures est un problème qui appartient au passé.

En revanche les conséquences sont toujours présentes dans la mesure où la perception du travail en a été modifiée : « *Quand on dit à un agent vous travaillerez 7 heures et 42 minutes, je ne trouve pas que ça n'incite pas les gens à avoir une vision un peu large de leur temps de travail.* » (DRH1). Bien que le passage aux 35 heures ne soit plus d'actualité en 2009, il a toujours un effet durable sur l'organisation du travail, par exemple sur les temps de chevauchement pour les transmissions comme cela était mise en évidence pour la France dans l'enquête Presst de 2003.

### **II.2.3 L'exercice en libéral, une perspective de plus en plus attrayante.**

Un phénomène récent en Midi Pyrénées est identifié par les DRH : les infirmières en exercice dans les institutions de soins quittent la profession. « *Le secteur libéral est certainement celui qui attire le plus les infirmières.* » (DRH5). Il est vrai que cette évolution accompagne le développement des soins à domicile pour des personnes âgées ou dépendantes (Douguet et Vilbrod, 2007). Depuis 1993, la législation impose aux infirmières souhaitant exercer en libéral d'avoir effectué plusieurs années en institution de soins. En 2008, au niveau national, environ 70000 IDE sont déclarées dans ce mode d'exercice (14% des IDE), mais les effectifs se développent rapidement avec une progression de plus de 10% entre 2004 et 2008 (Rapiau et Riondet, 2009). Pour accompagner cette progression des effectifs, logiquement, on assiste à des démissions parmi les IDE exerçant dans les établissements. « *Il y a quelques départs, mais c'est pour partir dans le libéral, donc c'est vraiment pour changer d'activité, ce n'est pas du tout pour partir dans un autre établissement.* » (DRH6).

Les IDE se dirigent vers l'exercice en libéral car il apparaît plus attrayant en terme de rémunération : « *Le secteur libéral est attrayant c'est un autre mode d'exercice. C'est mieux payé. A l'heure, elles gagnent plus comparativement* » (DRH3). Mais, au-delà de l'avantage financier de l'exercice en libéral, le contenu même du travail est attirant car il permet une plus grande autonomie dans l'organisation du travail. : « *C'est une autonomie. Ce sont deux métiers différents et je comprends que ça puisse intéresser les gens.* » (DRH3).

Les nouvelles générations d'IDE apparaissent en recherche d'autonomie dans le travail, parmi les raisons invoquées on trouve la nécessité de concilier vie privée et vie professionnelle de façon harmonieuse. L'intérim apparaît aussi, au côté de l'exercice en libéral, comme un moyen d'acquiescer plus de liberté dans les horaires de travail : « *Oui, le libéral et l'intérim attirent beaucoup, nous avons eu des départs vers ces professions, pour tout un ensemble de raisons attenantes à la liberté qu'elles procurent.* » (DRH4).

### **II.2.4 Un phénomène récent en Midi Pyrénées, l'intérim choisi.**

L'intérim choisi se développe actuellement comme mode d'exercice de la profession, il est porté par des agences de placement infirmier (API). Il est attractif car il combine une meilleure rémunération et une plus grande flexibilité au niveau des horaires. Il permet aussi aux intérimaires de changer souvent d'emploi et de développer leurs compétences.

Bien qu'intéressant moins de 3% des IDE, l'intérim apparaît désormais comme une perspective de carrière plus attrayante que par le passé pour les IDE, particulièrement pour les

jeunes puisque la moyenne d'âge y est de 34,8 ans alors qu'elle est de 43 ans pour les IDE dans leur ensemble (Acker, 2009). Dans notre enquête, nous retrouvons comme facteurs d'attractivité pour l'intérim, la notion de liberté et d'autonomie : *« Ce qui est valorisé pour les gens qui aiment l'intérim c'est premièrement la liberté ; je veux travailler je travaille, je n'ai pas envie je ne travaille pas, c'est l'aspect financier : si je travaille beaucoup je vais gagner beaucoup et je peux apprendre plein de choses en allant dans pleins d'endroits différents. »* (DRH2). Mais l'intérim n'est pas non plus la solution à tous les problèmes, car le personnel intérimaire a souvent du mal à s'intégrer rapidement dans une équipe de soins : *« Il ne faut pas utiliser d'intérimaires car sinon on se retrouve avec des titulaires qui sont avec des personnes qui ne maîtrisent pas du tout la situation. »* (DRH5). Quoiqu'il en soit l'intérim est désormais un mode volontaire de carrière de plus en plus répandu chez les IDE que ce soit en Midi Pyrénées ou dans le monde (Tremblay et al. 2009).

Nous venons de montrer la façon dont les problèmes de recrutement et de fidélisation sont perçus dans la région. En nous appuyant sur les entretiens de l'enquête, nous allons analyser les politiques de ressources humaines mises en place par ces responsables pour répondre à ce problème de gestion.

### **II.3 Les politiques RH pour pallier aux difficultés.**

A la vue du constat précédent, il apparaît clairement que les DRH éprouvent des difficultés à gérer l'emploi des IDE. D'une part, ils rencontrent de façon croissante des difficultés de recrutement, d'autre part ils s'interrogent sur la fidélisation de leurs effectifs. Comme nous l'avons noté dans la première partie, les IDE sont formées au sein des instituts de soins infirmiers. Or, depuis quelques années ces instituts ont du mal à recruter et à former suffisamment d'IDE pour combler les besoins. Les départs massifs à la retraite mais aussi les modalités d'emplois alternatives que constituent l'intérim et l'exercice en libéral viennent augmenter ces tensions. En Midi Pyrénées, ces problèmes sont récents et les politiques de GRH sont donc actuellement en plein développement : *« Parce que je dois vous dire que cette problématique de l'attractivité et de la fidélisation, c'est un de nos chantier en cours, très clairement, et donc on a un groupe de travail qui démarre sur ce sujet. »* (DRH1). Nous allons donc dans un premier temps exposer les moyens mis en œuvre pour renforcer l'attractivité des établissements et dans un deuxième temps les moyens de fidélisation.

#### **II.3.1. Le recrutement, renforcer l'attractivité des établissements.**

L'attractivité des établissements passe par plusieurs facteurs contingents. Classiquement la situation géographique, les caractéristiques de l'emploi et la rémunération jouent un rôle important. Sur ces trois points, les établissements ont peu de marges de manœuvre. Il est certain qu'un établissement implanté dans une grande ville de Midi Pyrénées avec un IFSI important à proximité, possède un avantage important par rapport à un petit établissement plus excentré. De même, certaines spécialités sont plus attirantes que d'autres et certains secteurs sont moins attractifs aux yeux des jeunes infirmières. *« Une infirmière le plus souvent elle veut aller en soins aigus, aux urgences, plus qu'en long séjour ou en psychiatrie. Donc là, on a des soucis. »* (DRH1). Enfin, en première analyse, les établissements privés possèdent plus de souplesse dans la fixation des rémunérations. Pourtant, nous constatons que dans notre étude tous les établissements, publics ou privés, mettent en place des politiques innovantes pour minimiser les problèmes géographiques ou de rémunération.

Les établissements situés dans des villes plus petites et réputées moins attractives, cherchent à recruter les infirmières formées localement et tirent parti de leur situation géographique ou de liens privilégiés avec un IFSI local avec lequel ils ont un lien historique : *« Même si les centres de formations sont de plus en plus autonomes et dépendent notamment de la région, nous avons un institut formation et il fait toujours partie de l'établissement. »* (DRH4). Les IFSI sont donc un enjeu stratégique dans la politique de recrutement et ces établissements souhaitent établir des partenariats durables avec les institutions de soins. Les DRH ne s'y trompent pas : *« On recrute beaucoup dans les instituts de formation de la région. »* (DRH2). Ils cherchent donc à renforcer les liens avec les instituts de formation, par exemple par le partenariat ou par l'accueil des stagiaires. L'accueil et l'accompagnement des élèves infirmiers fait l'objet désormais d'une politique active dans de nombreux établissements : *« Les stagiaires sont accompagnés au sein de chaque service. Je travaille depuis 6 mois sur un livret d'accueil du stagiaire. »* (DRH4). Cette politique est renforcée au fur et à mesure que les établissements intègrent la situation de pénurie : *« Oui, je pense que l'accompagnement était moins organisé par le passé. Oui, au niveau de la direction des soins, il y a eu un effort, avec la présence d'un référent stage, qui est en relation avec les écoles, et l'institut formation en particulier »* (DRH1). Mais il est difficile pour les institutions d'assurer au quotidien l'encadrement de ces stagiaires : *« Nous n'avons pas les moyens de former les tuteurs au tutorat. »* (DRH4).

La rémunération est aussi un point important pour l'attractivité des établissements. *« Forcément, il faut être attractif dans le domaine du salaire pour recruter »* (DRH5). Sur ce point les établissements publics paraissent moins souples : *« Peut être sur certains profils*

*particuliers, sur lesquels ils peuvent faire un effort. Ils ont une marge de manœuvre qui est un peu plus importante que nous avec les statuts.* » (DRH1). On retrouve souvent ce constat dans les établissements publics : *« Ce n'est pas toujours évident parce que les cliniques ont tendance à proposer des salaires à l'embauche supérieurs aux nôtres ».* (DRH4). Mais ce handicap supposé du secteur public est à nuancer en fonction des établissements. La situation des cliniques est hétérogène (Aude, 2008) et certaines cliniques n'ont pas de politique de primes et constatent que les salaires du publics sont supérieurs : *« Mais dans le public il y a beaucoup de primes, donc elles ont un salaire plus élevé. »* (DRH6). D'autres, en revanche, pratiquent une politique d'intéressement : *« En terme de politique sociale, ça se traduit par des primes d'intéressement au bénéfice, des primes de fin d'années. »* (DRH5).

Au final, les DRH s'accordent sur le point que la rémunération n'est qu'un aspect l'attractivité. D'autres facteurs importants interviennent comme le contenu du travail, l'organisation du travail, le déroulement des carrières et l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. La nature du contrat de travail est aussi importante et certains DRH ont ainsi déjà réduit la longueur des CDD avant l'embauche définitive en CDI afin de mieux fidéliser. Cette politique limitant le recours aux CDD, est en accord avec la littérature qui nous indique que des pratiques de GRH considérées par les salariés comme étant « justes », sont de nature à renforcer positivement la perception de la justice organisationnelle et leur implication (Manville, 2006). Les établissements cherchent donc à recruter de façon plus efficace, mais ils cherchent aussi à fidéliser leur personnel ou leurs stagiaires.

### **II.3.2. La fidélisation, une politique diversifiée.**

Dans un contexte difficile au niveau du recrutement, il est normal que les établissements cherchent à fidéliser les personnes disponibles (Paillé, 2004). Il s'agit de mettre en place un ensemble de mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés (Peretti, 2006). Cela s'adresse aussi bien aux stagiaires, qu'aux personnels en activité ou bien encore à ceux qui sont en retraite. L'analyse des causes de départ ne permet pas de déterminer un facteur unique, on retrouve les problèmes classiques concernant les horaires, le salaire et l'insatisfaction consécutive à une perception négative des caractéristiques de l'emploi (Lum et al., 1998).

Pour les établissements, une première étape consiste à fidéliser les stagiaires présents dans l'organisme au cours de leur formation. La formation des IDE se déroule alternativement en institut de formation et en institution de soins, cela représente une opportunité pour mettre en

œuvre une politique de fidélisation. L'accompagnement des stagiaires est l'occasion d'établir un premier contact : « *Donc, là aussi, il y a un travail d'accueil des stagiaires qui a été réalisé par la direction des soins infirmiers, pour faire en sorte qu'ils ne s'y sentent pas trop mal, et qu'ils aient envie de revenir après.* » (DRH1). Le travail d'accueil et plus globalement les procédures de recrutement ont un effet sur l'implication comme l'ont montré Premack et Wanous (1985). La précision des informations données aux candidats comprenant une description de fonction conforme à la réalité, la façon dont elles sont transmises sont des facteurs susceptibles d'augmenter l'implication affective envers l'organisation (Beintein et al., 2000)

Il existe aussi un travail en amont qui permet d'orienter le flux des stagiaires vers l'établissement : « *Tous les ans, je vais donner un cours à l'institut de formation sur la fonction publique hospitalière. J'essaye discrètement de faire du « racolage » en leur expliquant qu'à court terme le service public n'a pas l'air très attractif mais qu'à long terme ça vaut le coup.* » (DRH 3). Les établissements mettent aussi en place des mécanismes de fidélisation au sein des filières de formation : « *Egalement donc, c'est ce que je voulais vous dire, c'est qu'on a proposé des allocations d'études. C'est quelque chose qui avait existé dans le passé, puis qui a été réactivé dans les années 90, à l'occasion de certains protocoles, notamment le protocole Durieux.* (DRH1). Ce type d'allocation d'étude permet de fidéliser de jeunes étudiants en constituant un premier « engagement » dans le cadre d'une stratégie de fidélisation s'appuyant sur la norme de réciprocité (Joule et Beauvois, 1998). L'accueil des personnels est aussi important. On peut envisager, outre le livret d'accueil, une journée d'intégration et la remise d'un « *passport formation* » (DRH5).

L'enjeu est aussi de fidéliser les personnes sous contrat dans l'établissement. L'analyse des entretiens nous indique que la gestion du temps de travail est une cause importante d'insatisfaction et de départ : « *Et puis ceux qui essayent d'aller chercher d'autres conditions de travail. Alors en particulier il y a une chose sur laquelle on veut vraiment travailler c'est la prévisibilité des plannings* » (DRH1). Cela nécessite un gros effort au niveau de l'organisation : « *Il faut savoir que les plannings de travail sont prévus 8 semaines à l'avance pour que le personnel puisse se projeter. Ça fait partie de notre politique.* » (DRH2). Mais le contenu même du travail, le développement des tâches administratives par exemple, est une source de mécontentement et de départ. Sur ce point aussi les DRH tentent d'agir : « *Cela permet aussi à travers une réorganisation des tâches de réserver la ressource la plus rare et indispensable aux tâches qui leur sont véritablement dévolues.* » (DRH2).

Les établissements les plus en avance dans le développement de leur système d'information clinique (SIC), font également un travail important d'informatisation du dossier du patient afin d'alléger les tâches administratives répétitives. Pour faire face au stress et aux difficultés du travail, le premier point d'insatisfaction dans l'enquête Presst (cf. tableau 1), on constate aussi la mise en place de groupe de soutien psychologique et la mise en place de groupes de paroles dans la plupart des établissements.

Pour le personnel en place, les DRH axent donc leurs efforts sur plusieurs points. Premièrement, sur les conditions d'exercice, c'est à dire tout ce qui touche au rythme de travail, à l'organisation du travail et aux plannings. En 2009, l'étude de Cordier nous indique que 45% des IDE déclarent travailler fréquemment au-delà de leur durée habituelle (Cordier, 2009). Ce point est confirmé dans notre étude, il semble bien que la compensation dans les institutions publiques soit plus difficile que dans les institutions privées qui disposent de plus de souplesse.

Deuxièmement, sur les déroulements de carrière et la formation continue, certains établissements mettent en œuvre des contrats de professionnalisation qui permettent d'accompagner les personnels et à terme de les fidéliser : « *Cela veut dire que les agents qui veulent tenter le concours à un IFSI, je les accompagne au niveau de la prépa et ensuite financièrement au niveau de la formation.* » (DRH5). Les agents sont par la suite incités à effectuer les stages dans l'établissement.

Enfin, le dernier point concerne l'articulation entre la vie privée et l'activité professionnelle qui revêt une importance particulière pour les jeunes générations. Les réflexions en cours portent sur la mise en place de crèche ou la prise en charge des frais de déplacement. La gestion des absences est aussi optimisée grâce, par exemple, au recours à des équipes internes volantes qui permettent d'assurer la continuité des soins et d'éviter la désorganisation des services source de stress et de surcharge de travail : « *Ça a été de constituer un système de compensation centralisé. Une sorte d'intérim interne. Donc on a constitué une équipe d'une quinzaine d'agents. Qui ont pour mission de compenser l'absentéisme de courte durée, avec évaluation à la semaine, et on répartit.* » (DRH1). Ce système tend à se généraliser : « *j'ai mis en place un système de compensation infirmier, c'est un service constitué d'infirmières qui sont formées sur tout l'établissement en CDI et qui vont absorber toutes les absences* » (DRH2). Mais les établissements hésitent devant les coûts de mise en œuvre et les difficultés de mise en place.

En dehors de ces dispositifs « d'intérim » internes, les établissements ont recours de plus en plus à l'intérim. C'est une nécessité pour les institutions de soins car il apporte de la flexibilité : « *Nous avons recours à des contrats intérim pour tous les remplacements. Que ce soit les infirmières diplômées d'état ou les aides soignantes, pour les congés maternité entre autres, et cela dans tous services confondus, même au bloc opératoire.* » (DRH6). Il permet d'assurer le fonctionnement des établissements de façon régulière : « *Vous savez il y a des établissements qui fonctionnent avec des postes pourvus à des intérimaires toute l'année. Ça représente 9% de notre masse salariale. C'est énorme.* » (DRH6).

L'intérim, auparavant surtout répandu dans les institutions privées, permettait une meilleure flexibilité dans la gestion des effectifs. En revanche, l'utilisation des intérimaires est plus récente chez les institutions publiques. Elles y ont recours du fait des nouvelles difficultés de recrutements : « *Pour tout vous dire, comme je le disais, l'an dernier nous avons eu une cassure dans notre manière de fonctionner, puisqu'on c'est retrouvé parfois à ne pas pourvoir des postes d'infirmiers, par manque de candidatures. Ça c'était vraiment nouveau.* » (DRH1). Alors que l'intérim avait pour objet le remplacement temporaire d'un agent, on constate une évolution puisque l'intérimaire vient remplacer un poste qu'il n'a pas été possible de pourvoir, faute de candidat. Ce phénomène est émergent en Midi Pyrénées dans les institutions publiques, mais d'après nos interlocuteurs il existait déjà à l'APHP en région parisienne. Il est désormais en croissance dans la région Midi Pyrénées : « *On a recours à des contrats intérimaires pour à peu près 1% des journées de travail sur les infirmiers. Cela augmente car les besoins augmentent.* » (DRH5). On constate ici que les pratiques des institutions publiques évoluent rapidement afin de s'adapter aux nouvelles conditions du marché de l'emploi infirmier.

Face à la pénurie, les établissements cherchent aussi à fidéliser le personnel partant en retraite : « *Alors là aussi on essaye de créer un fichier des agents partant à la retraite, qui seraient intéressés éventuellement pour venir travailler ponctuellement sur des situations de crises, de revenir travailler chez nous* » (DRH1). En effet, des DRH ont constaté qu'une partie des retraités continue à exercer une activité en intérim et ils souhaiteraient plutôt les fidéliser. Lors du début de l'enquête les institutions publiques éprouvaient des difficultés légales à prolonger l'activité de leur personnel. Mais, les entretiens ultérieurs nous ont permis de confirmer que des assouplissements réglementaires ont eu lieu en 2009 afin de faciliter ces pratiques.

Malgré l'accumulation de mesures permettant d'améliorer la fidélisation et le recrutement des personnels soignants, le constat est là : « *ce n'est pas facile et nous sommes en perpétuel recrutement* ». (DRH5).

### II.3.3 Proposition d'une typologie des pratiques de RH :

La synthèse des entretiens nous permet de proposer un tableau reprenant les principaux outils de management des ressources humaines mis en œuvre par les DRH afin de faciliter le recrutement et la fidélisation des IDE. L'étude thématique fait apparaître que les DRH distinguent quatre populations en fonction du déroulement de carrière. Ces populations justifient la mise en place de politiques de GRH différenciées. Il ne s'agit pas d'une typologie utilisée par les DRH, mais bien d'une proposition que nous avons faite sur la base des entretiens effectués. A la fin de la première phase de notre enquête nous avons présenté cette grille lors d'une réunion rassemblant les DRH interviewés, des directrices d'IFSI et des représentants de la tutelle afin de valider nos résultats (tableau 2).

Tableau 2 : les pratiques de management pour le recrutement et la fidélisation en Midi Pyrénées

	<b>Recrutement</b>	<b>Fidélisation</b>
<b>Etudiants en IFSI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation aux enseignements.</li> <li>- Communication en direction des IFSI</li> <li>- Proposition de stages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil de stagiaires.</li> <li>- Accompagnement des stagiaires</li> </ul>
<b>IDE Début de carrière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primes d'installation (privé)</li> <li>- CDI</li> <li>- Passage d'échelon. (public)</li> <li>- Livret d'accueil, tutorat, plan de formation, site internet d'information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des soins</li> <li>- Planning disponibles et stables</li> <li>- Services sociaux : crèches, conciergerie, parking.</li> <li>- Contenu du travail</li> </ul>
<b>IDE Milieu de carrière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaire.</li> <li>- Organisation du travail, horaires adaptés.</li> <li>- Intérêt du travail</li> <li>- Recours et captation des intérimaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des carrières.</li> <li>- Formation</li> <li>- Mise en place d'une équipe interne d'intérimaire assurant le remplacement dans les services.</li> </ul>
<b>IDE Fin de carrière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuation de carrière par l'intermédiaire d'agence d'intérim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un dispositif de continuation d'activité (privé).</li> <li>- Changement de législation sur le cumul des retraites dans le secteur public.</li> </ul>

Les points clefs que nous avons relevés, diffèrent selon le type de population visé. Pour le recrutement de jeunes IDE, le partenariat avec les IFSI semble être le point crucial. Il permet de faire connaître un établissement, ses particularités et les avantages qu'il octroie. Les stages obligatoires, sont un moyen privilégié pour fidéliser les étudiants. L'accent doit être mis sur

l'accueil et l'accompagnement des stagiaires. Les établissements sont conscients de cette demande qui émane des stagiaires mais aussi directement des IFSI. En effet, ceux-ci constatent que les défections ont souvent lieu à la suite d'un stage difficile, le plus souvent mal encadré. Ces deux derniers points ayant été confirmés par les directrices d'IFSI présentent lors de la réunion de présentation des résultats.

Pour recruter de jeunes infirmières, celles ayant moins de cinq ans d'ancienneté (Marquier, 2005), deux points relevés lors des entretiens semblent importants. D'une part, la présence de primes incitatives est un avantage qu'utilisent certaines institutions privées, en fonction de leurs moyens financiers (Aude, 2008). Par exemple, une prime d'installation peut être justifiée par le fait que le premier emploi d'un IDE nécessite souvent un déplacement géographique. Les institutions publiques ne peuvent rivaliser sur ce point, mais conscientes de ce handicap, elles cherchent souvent à diminuer la période précédant la titularisation ce qui peut permettre d'acquérir plus rapidement les échelons, donc d'augmenter les revenus. Les entretiens complémentaires (entretiens de suivis) effectués début 2010 auprès de DRH d'établissements publics tendent à montrer que cette pratique se développe, y compris dans les établissements ayant montré des réticences sur ce point en 2009. D'autre part, les établissements mettent l'accent sur l'information disponible sur internet ainsi que sur l'accueil et l'accompagnement des nouveaux arrivants. Les grandes structures publiques mettent l'accent sur les parcours diversifiés qu'ils peuvent offrir ainsi que sur l'importance de leur politique de formation qui apparaît dans les interviews comme plus importante que celle des institutions privées.

La fidélisation des jeunes infirmières passe par une amélioration des points susceptibles de créer de l'insatisfaction au sens de la théorie d'Herzberg (1959). On notera l'importance des plannings et de l'organisation des soins. Ils doivent permettre de concilier, au mieux, vie privée et vie professionnelle, ce qui semble être une exigence plus affirmée chez les nouvelles générations d'infirmières du fait des changements culturels et sociétaux. Dans le but de répondre à cette exigence, les institutions publiques ou privées s'interrogent sur la mise en place de crèche ou bien encore de conciergerie, mais aucun établissement n'a pour l'instant en 2010 mis en place de tels systèmes. Goldberg et d'autres auteurs se sont interrogés sur l'effet de la présence de crèches d'entreprises sur l'implication (Goldberg et al., 1989 ; Grover et al. 1995). Les résultats de ces études montrent une relation positive entre la mise à disposition de ces avantages et l'implication organisationnelle. Sous réserve que ces avantages ne soient pas perçus comme ayant été octroyés sous la contrainte et que l'accès à ces avantages soient considérés comme équitable par les employés (Beintin, 2000).

Certains établissements, dans notre échantillon des établissements privés, cherchent à améliorer le contenu du travail en soulageant les IDE des tâches qui ne leur sont pas spécifiques en mobilisant les aides soignants (AS) pour certaines tâches de nursing ou en automatisant les tâches administratives. Ces politiques sont déjà mis en œuvre dans certains pays, mais pour qu'elles puissent pleinement se développer en France, il faudrait une évolution de la législation qui à l'heure actuelle détermine précisément le rôle de chacune des professions dans les établissements. Il en va de même pour le développement des systèmes d'information cliniques qui, puisqu'ils sont en relation avec le dossier du patient, sont étroitement encadrés.

En milieu de carrière, les établissements sont en compétition pour se procurer les IDE ayant un profil rare, comme par exemple les infirmières de blocs opératoires (IBODE) ou les cadres de santé expérimentés. Pour le recrutement, les institutions privées ont recours à des primes mais cherchent aussi à mettre en avant leurs avantages en termes d'organisation du travail et de gestion des horaires. Les institutions qui sont les plus en pointe techniquement, souvent les établissements de grande dimension, insistent sur ce point susceptible d'augmenter l'intérêt du travail (Hackman et Oldham, 1980) pour une population qui est en position de choisir son employeur. Enfin, certains établissements recourent au personnel intérimaire et s'emploient à capter les personnes intéressantes qu'ils ont pu identifier par ce moyen.

Les IDE en milieu de carrière sont très recherchés, ils sont donc parfois « chassés » par d'autres établissements ou bien encore attirés par l'intérim qui leur offre une grande liberté et des perspectives financières intéressantes. En retour, les établissements cherchent à fidéliser cette population en mettant l'accent sur la gestion des carrières et la formation. Ils travaillent aussi à améliorer les conditions de travail au sein des services, par exemple en mettant en place des équipes « d'intérimaires locaux » qui peuvent remplacer rapidement les IDE absents au sein d'un service. En effet, la charge de travail importante dans les services rend toute absence rapidement insupportable pour les IDE restants dans le service. Il faut donc suppléer à ces absences en ayant recours à des intérimaires. Mais, lorsque ceux-ci sont extérieurs à l'établissement, il leur faut un temps d'adaptation avant de pouvoir soulager les équipes en place d'une partie de leur travail. Ce délai de latence est très raccourci si on a recours à des équipes mobiles internes. Une institution publique de notre échantillon a déjà mis en place un dispositif de ce type mais de façon limitée. D'autres établissements s'interrogent mais relèvent deux problèmes : d'une part le manque d'effectif disponible rend la mise en place du dispositif délicate, d'autre part les DRH concernés s'inquiètent d'une éventuelle augmentation

de l'absentéisme dans les services si les personnels pouvaient être facilement remplacés en cas d'absence.

Enfin nous avons distingué des pratiques managériales à destination des IDE en fin de carrière. Lors des entretiens, il est apparu que cette population était considérée comme une ressource précieuse par les établissements. Certains d'entre eux se sont aperçu que d'anciens collaborateurs continuaient d'exercer au sein d'agences d'intérim. Ils ont donc imaginé de fidéliser cette ressource en leur proposant d'intervenir ponctuellement en cas de surcharge d'activité à l'occasion de congés ou de crises sanitaires. Le service public semble rencontrer une difficulté particulière pour recourir aux anciens fonctionnaires, le statut de la fonction publique ne permettrait pas d'employer un ancien fonctionnaire à la retraite. Une évolution législative serait peut être souhaitable sur ce point.

## **CONCLUSION :**

La situation de tension sur le métier infirmier étant internationale, beaucoup de pays riches ont amorcé des stratégies de recrutement internationales (Dekussche & Duval 2005). Cela a notamment pour effet de contribuer à la fuite des cerveaux et d'accélérer la dégradation des conditions de vie dans ces pays (Chikanda, 2005). Cette concurrence internationale ou interrégionale dans un même pays, a entraîné le développement de services proposés aux candidats. Ainsi, certains proposent des primes d'installation, des aides à la recherche de logement et un accompagnement pour les démarches d'installation .

Pour le moment, aucune solution n'a été trouvée pour diminuer durablement les tensions. Pourtant, il existe d'importants gisements de professionnels dans les pays développés. Mais, nombreux sont les IDE qui adoptent de nouveaux comportements. Ils préfèrent exercer en libéral, travailler à temps partiel, travailler en intérim ou bien encore renoncer à travailler plutôt que de travailler dans un établissement de soins. Le problème fondamental semble être la faible attractivité actuelle de la profession, du moins pour exercer en institution (Lafer, 2005).

Notre étude montre que les DRH sont conscients de la nécessité d'améliorer l'attractivité du métier. Il est possible que, sous l'influence de la concurrence croissante, les moyens imaginés ou mis en œuvre par les DRH pour recruter et fidéliser les IDE, entraînent une revalorisation du métier de nature à attirer à nouveau les candidats. Ce qui, à long terme, semble être la seule solution envisageable pour éviter une pénurie d'IDE et des problèmes importants de santé publique.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

- Acker, D. (2009). « Comment disposer des ressources professionnelles de demain ? Questions pour le recrutement des infirmières en France ». in *Le "recrutement" des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé - Regards croisés et analyses comparées entre pays*, l'Harmattan, Paris.
- Acker, D. (2006). « Rapport sur les comptes épargnes temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé ». Ministère de la santé des sports et de la jeunesse.
- Acker, F. (2009). « Comment disposer des ressources professionnelles de demain ? questions pour le recrutement des infirmières en France. ». in *Le "recrutement" des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé - Regards croisés et analyses comparées entre pays*, l'Harmattan, Paris.
- Aiken, L., Buchan, J., Ball, J., Rafferty AM (2008). « Transformative impact of magnet designation : England case study. ». *Journal of clinic nursing*, vol.17, p.3330-3337.
- Aiken , L., Clarke,S., Sloane,D., Sochalski, J. (2001). An international perspective on hospital nurses' work environnement : the case for reform. *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 2, p.255-263.
- Aiken, L., Smith, H., Lake, E. (1994). « Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care ». *Medical Care*, vol.32, n°8, p771-787.
- Aude, J. (2008). « L'évolution de la situation financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006 ». *Etudes et résultats Drees*, n°650.
- Bardin, L. (1977). « L'analyse de contenu ». Paris, PUF.
- Beintein, K. , Stinglhamber, F., Vandenberghe, C. (2000). L'engagement des salariés dans le travail. *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 21, n°3, p.133-157.
- Blanchet, A. (1991). « *Dire et faire dire, L'entretien* ». Paris, Armand Colin
- Bousquet, F. (2003). « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction Publique hospitalière ». *Etudes et Résultats Drees*, n° 224.
- Canasse, S. (2009). « Comment rendre un hôpital attractif ». *La Revue Hospitalière de France*. Mai juin, p. 14-17.

CCSNC (2007) : Communiqué mai 2007 : La crise dans les soins infirmiers. Le gouvernement doit reconnaître sa responsabilité et agir rapidement.

Chikanda A. (2005). « Nurse migration from Zimbabwe: analysis of recent trends and implications ». *Nurse Inquiry*. Vol.12, p.162-174.

Cordier, M. (2009). « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes ». *Etudes et Résultats Drees*, n°709.

Dantan S. , Marquier, R. (2006). « Les étudiants en formations paramédicales en 2004 ». *Etudes et résultats Drees*, n° 540.

Dekussche C. ; Duval G. (2005). « Santé : le Nord aggrave les difficultés du Sud ». *Alternatives économiques*. n°232, p.46-48.

Douguet F., Vilbrod A. (2007). « Le métier d'infirmière libérale ». Paris, Seli Arslan.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchinson, S., Sowa, D. (1986). « Perceived Organizational Support ». *Journal of Applied Psychology*, vol.71, p.500-507.

DREES (2009). « Les professions de santé au premier janvier 2009. Série Statistiques, n°131, avril 2009.

Estry-Behar et al. (2003). « la situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. Archives des Maladies Professionnelles.

Estry-Behar, M. et al. (2006). « L'enquête Presst/next santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe ». 4ème journées du CNSF, 13 mars 2006.

Estry-Behar M. et al. (2007) : « Abandon Précoce de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail ». *Droit et Déontologie des Soins*, n°7. p.308-327.

Estry-Behar et Muster (2007). « Promouvoir la santé des soignants ». *Le concours médical*, vol.129, n°29 p.1020-1024.

Estry-Behar M. (2008) : *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP.

Gavoille, E. (2008) : Les infirmiers en mal de reconnaissance. <http://www.20minutes.fr..> Consulté le 21/02/08.

Goldberg, W., Greenberger, E., Koch-Jones, J., O'Neil, J., et Hamill, S. (1989). « Attractiveness of child care and related employer-supported benefits and policies to married and single parents ». *Child and Youth Care Quarterly*, vol.18, p.23-37.

- Grover, S. et Crooker, K. (1995). Who appreciates family-response human resource policies : the impact of family-friendly policies on the organizational attachment of parents and non-parents. *Personnel Psychology*, vol.48, p.271-288.
- Haroche A. (2008). « Pénurie d'infirmières, alerte rouge dans la ville rose ». *Soins* ; n° 727 : p.8-9.
- Hackman, J. et Oldham, G. (1980). *Work Redesign*. Reading, Massachussetts. Addison Wesley.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. John Wiley. New York.
- Hesbeen, W. (1993). *Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France*. Rennes, ENSP éditeur.
- INSEE (2009). « Toulouse, moteur de la forte poussée démographique en Midi-Pyrénées » . Six pages de L'INSEE. Janvier 2009 n°116. Site : <http://www.insee.fr/> consulté le 10 mars 2010.
- Joule, R.-V. & Beauvois, J.-L. (1998). *La soumission librement consentie*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Kingma, M. (2007). «Nurse on the move a global overview ». *Health Service Research* vol.42, n°3, p.1281-1299.
- Kvale, S. (1996). « An Introduction to Qualitative Research Interviewing ». Sage Publications.
- Lafer, G. (2005). « Hospital Speedups and the Fiction of a Nursing Shortage ». *Labor Studies Journal* vol.30: p.27-46.
- Le Lan, R. (2006). « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 ». *Etudes et résultats Drees*, n° 469.
- Lum L., Kervin J., Clark K., Reid F., Sirola W. (1998). « Explaining nursing turnover intent : job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? » *Journal of Organizational Behavior*, vol.19, n°3 p.305-320.
- Maisonneuve, C. (2003). « Pénurie d'infirmières : la course contre la montre ». *Soins* n°674, p.7-8.
- Manville, C. (2006). Flexibilité du travail et implication organisationnelle : les enjeux de pratiques GRH « justes ». XVIIème Congrès de l'AGRH, Reims.
- Marquier, R. (2005) . « Les cinq premières années des carrières des infirmiers sortis de formation initiale ». *Etudes et résultats Drees*, n°393.

- Marquier, R. (2006) . « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 ». Etudes et résultats Drees, n°458.
- McClure, M., Poulin, M., Sovie MD. (1983) : « Magnets hospitals : attraction and retention of professional nurses.». Congress of American Academy of Nursing. Kansas City Missouri.
- McClure, M., Hinshaw, A. (2002) : *Magnets Hospitals Revisited, attraction and Retentions of Professional Nurses*. Academy of Nursing.
- Mottay, D. (1999). « Analyse longitudinale des caractéristiques du travail, les cadres infirmiers dans un contexte de transition hospitalière ». Thèse de Doctorat, Toulouse I.
- Mouquet, M.C. et Oberlin, P. (2008). « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 ». Etudes et résultats Drees, n°654.
- Neveu, J.P. (1993). « l'intention de départ volontaire chez le cadre, contribution à l'étude du roulement de personnel. Thèse de Doctorat, Toulouse I.
- OMS (2006). « Le Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé. ». <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>. Site consulté le 10/10/09.
- Paillé, P. (2004). *La fidélisation des ressources humaines*. Economica, Paris.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». Paris, Armand Colin.
- Paradeise, C. (1988). « Les professions comme marché du travail fermé ». *Sociologie et sociétés*, n°2, p.2-22.
- Peretti, J.M. (2006). *Gestion des Ressources Humaines*. Vuibert, Paris. 14ème édition.
- Premack, S. et Wanous, J. (1985). A meta analysis of realistic job preview experiments. *Journal of Applied Psychology*. Vol.70, p.706-719.
- Purvis, L., Cropley, M. (2003). The psyschological contracts of National Health Services Nurses. *Journal of nursing management*, vol.11, p.107-120.
- Rapiau, M.T. & Riondet, J. (2009) : *Le "recrutement" des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé - Regards croisés et analyses comparées entre pays*, l'Harmattan, Paris.
- Rousseau, D. (1989). Psychological and implicit contracts in organizations. *Employee Reposablesities and Rights Journals*. Vol. 2 p.121-139.
- Sliwka, C. (2005). « Turn-Over des infirmières en Ile de France : les stratégies des dirigeants et des cadres pour recruter et fidéliser. » *Gestions hospitalières*. N°451, p.788-794.

- Soussi, R. (2008) : « La Pénurie d'infirmière fait rage. ». Le bien public : <http://www.bienpublic.com>. Consulté le 12/06/08.
- Terenu, C. , Meli, G., Perrenoud, B. (2009). « La formation à la profession infirmière en Suisse : le défi et les difficultés de l'harmonisation ». in *Le "recrutement" des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé - Regards croisés et analyses comparées entre pays*, l'Harmattan, Paris.
- Terenu, C. , Galieta Minca, G., (2009). « La profession infirmière en Roumanie : état des lieux et défis actuels ». in *Le "recrutement" des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé - Regards croisés et analyses comparées entre pays*, l'Harmattan, Paris.
- Tonneau, D. (2004). « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? des difficultés liées à l'organisation ». CGS/Etudes et résultats Drees, n°302.
- Tremblay, M. , Chênevert, D. & Hébert, A. (2009). « La flexibilité des conditions de travail des agences de placement infirmier : de la grande séduction vers la loyauté organisationnelle ». Congrès AGRH Toulouse.
- Williams, C., Goode, C., Krsek, C., Bednash, G., Lynn, M. (2007). « Postbaccalaureate Nurse Residency 1-Year Outcomes ». *The Journal of Nursing Administration*. Vol 37 , p 357-365