

# Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management

Renaud Petit, Véronique Zardet

DANS @GRH 2017/1 n° 22 , PAGES 31 À 54

ÉDITIONS ASSOCIATION DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

ISSN 2034-9130

ISBN 9782807390904

DOI 10.3917/grh.171.0031

Date de mise en ligne : 06/07/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-agrh1-2017-1-page-31?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Association de Gestion des Ressources Humaines.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

---

# ATTRACTIVITÉ, FIDÉLISATION ET IMPLICATION DU PERSONNEL DES EHPAD : UNE PROBLÉMATIQUE SECTORIELLE ET DE MANAGEMENT

---

**Renaud Petit**

Maître de Conférences  
ISEOR, Magellan  
IAE Lyon, Université Jean Moulin  
renaud.petit@univ-lyon3.fr

**Véronique Zardet**

Professeur  
ISEOR, Magellan  
IAE Lyon, Université Jean Moulin  
zardet@iseor.com

---

## Résumé

FR

*Le vieillissement de la population en France se traduit par des besoins sans cesse accrus de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Toutefois, le marché du travail s'avère paradoxal car, malgré un taux de chômage élevé de la population active, les établissements du secteur médico-social et principalement les Établissements D'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont peine à embaucher et à fidéliser leurs personnels. Notre problématique porte donc sur le lien entre l'attractivité des EHPAD aux yeux des professionnels de soin du secteur et leurs pratiques managériales d'implication et de fidélisation de leurs personnels. Sur la base d'une recherche-intervention auprès de huit établissements à but non lucratif, nos travaux visent, en premier lieu, à décrire l'analyse des données sur l'attractivité et la fidélisation des personnels soignants des EHPAD. Cette analyse s'avère complexe et dépend de nombreuses variables telles que le territoire d'implantation, le statut juridique, la coopération inter-organisationnelle, l'image-même du métier... Dans un second temps, les observations des organisations rencontrées illustrent une hétérogénéité des impacts de l'attractivité. L'attractivité est une problématique à la fois sectorielle et d'établissement, et au-delà du simple concept d'attractivité, ceux de la fidélisation et de l'implication des personnels soignants sont*

*étroitement imbriqués dans l'analyse des situations réelles. Enfin, cet article identifie quelques pistes de gestion des ressources humaines pour développer l'implication, la fidélisation et par conséquent l'attractivité des EHPAD.*

### **Mots-clés**

*Attractivité, fidélisation, implication, établissement d'accueil de personnes âgées.*

---

## **INTRODUCTION**

Le vieillissement de la population, problématique d'ampleur mondiale, se traduit par des besoins sans cesse accrus de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces populations sont accompagnées en particulier dans des structures à la fois médicales et sociales (Moulias, 2007), dénommées en France EHPAD<sup>1</sup>. Près de 7 800 EHPAD accueillent environ 600 000 résidents<sup>2</sup> et offrent des services médico-sociaux comprenant l'hébergement, la pratique de soins et des activités sociales. Or, ces établissements rencontrent aujourd'hui des difficultés à recruter des personnels soignants (Duyck et Pijoan, 2010), souvent imputées hâtivement au manque d'attractivité du secteur prenant en charge les personnes âgées, par contraste avec les hôpitaux ou structures de soins de ville. Cette difficulté à recruter s'avère complexe à étudier et la simple notion d'image, dont les solutions seraient uniquement associées à une approche marketing de l'employeur (Martin, al. 2005 ; Panzucuk & Point, 2008), ne peut suffire à accroître durablement l'attractivité des structures. Une étude élargie de cette question est nécessaire, car l'attractivité d'une organisation ne peut être déconnectée de la fidélisation et de l'implication des acteurs. Notre hypothèse de recherche est que l'attractivité est une problématique à la fois sectorielle et d'établissement, et que les concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication sont étroitement imbriqués dans l'analyse des situations réelles.

Les résultats présentés sont issus d'une recherche-intervention auprès de plusieurs EHPAD, initiée par la direction Handicap et Grand Âge d'une Agence Régionale de Santé (ARS), visant à identifier et objectiver ce manque d'attractivité, en lien avec la fidélisation et l'implication des personnels soignants, à analyser les facteurs explicatifs, puis à accompagner la recherche d'actions innovatrices de management des ressources humaines (Petit, 2008 ; Petit, 2012).

Après avoir exposé le cadre théorique associé à la problématique (partie 1), nous présentons la méthodologie de recherche suivie (partie 2), puis les résultats relatifs au

---

[1] EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

[2] L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, rapport « Etudes et résultats », n°877 – Février 2014, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

manque d'attractivité, de fidélisation et d'implication tels qu'ils ont été observés et identifiés (partie 3). La dernière partie de l'article met en évidence les leviers d'amélioration possibles de l'attractivité des professionnels au niveau des EHPAD (partie 4).

## PARTIE I : PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE

Différentes branches professionnelles et secteurs d'activités rencontrent des problématiques d'attractivité, de capacité à générer de la mobilité professionnelle (Brillet, Janand, 2016) et/ou de fidélisation sur certains métiers tant externe qu'interne (Hulin, 2010). La dimension temporelle dans laquelle se situent les métiers est importante (Brillet, Hulin, 2010) ; en effet, les travaux sur la prospective des métiers (Boyer, Scouarnec, 2009) permettent de distinguer les *métiers perdus* qui seront abandonnés, les *métiers en survie positive* dont les compétences doivent évoluer en lien avec les formations correspondantes, les *nouveaux métiers* dont les activités et compétences sont soit nouvelles, soit combinées aux anciennes pour répondre à une nouvelle finalité (Scouarnec, 2001), et enfin des *métiers émergents* (Tissioui, 2008). Dans le cas des EHPAD, concernant le personnel soignant, les métiers existent mais doivent répondre davantage aux exigences d'évolution de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, compte tenu à la fois du nombre croissant de la demande de places en EHPAD et du degré de dépendance accru appelant des compétences plus complexes (François, 2015).

La question de l'attractivité des professionnels vis-à-vis des maisons de retraite mérite d'être replacée dans le contexte national français, avant de présenter la recherche conduite depuis 2012.

### › 1.1. Le manque d'attractivité des EHPAD pour les professionnels

L'image négative des EHPAD est persistante et souvent liée à l'image dégradée et négative du lieu, qui renvoie aux peurs de chacun liées à la vieillesse, au handicap et à la dépendance<sup>3</sup>. Mais la prise en compte de la vie sociale des résidents a évolué depuis quelques décennies, ce qui concourt à replacer l'accueil des personnes âgées dépendantes au cœur des questions de société. Or, même si les EHPAD proposent des actions pour améliorer leur image auprès des familles et des résidents eux-mêmes, ils ne parviennent pas à mettre suffisamment en valeur les métiers et les activités auprès des professionnels de soins.

L'âge moyen d'entrée des personnes âgées dépendantes dans les structures EHPAD s'accroît inexorablement (86,16 ans en 2012, contre 85 en 2008). Si bien que les situations sanitaires et sociales sont chaque jour plus complexes, avec des syndromes démentiels,

---

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

une grande dépendance, des pathologies chroniques... auxquels les professionnels ne sont pas toujours bien préparés ni formés. Ainsi, 70 % des personnes souffrant de syndrome démentiel, dont la maladie d'Alzheimer, sont évaluées comme étant grandement dépendantes, avec un GIR<sup>4</sup> 1 ou 2. Aujourd'hui, la durée moyenne de séjour dans un établissement est de 2,5 ans, contre 30 ans il y a 10 ans (ARS Rhône-Alpes, 2014). Ces éléments concourent à augmenter la pénibilité du travail des personnels, compte tenu des charges physique et psychologique demandées par les activités de soins (Ben Aissa, 2015). Une autre conséquence est de dégrader l'intérêt du travail aux yeux des professionnels, à partir du moment où ces derniers ont opté pour ce métier en envisageant leur rôle davantage comme des accompagnants, animateurs ou coordinateurs de vie sociale auprès de personnes âgées, que des techniciens d'actes de soin et d'hygiène. Cela contribue à expliquer que travailler dans le secteur de la prise en charge du grand âge et de la perte d'autonomie n'est pas le premier choix des nouveaux diplômés, qui privilégient davantage le secteur hospitalier au médico-social lors de leur entrée sur le marché du travail. 48 % des établissements du secteur des personnes âgées ont des difficultés à recruter des aides soignants (A.S.) et 43 % des Infirmiers Diplômés d'État (I.D.E.)<sup>5</sup>. Quant aux aides médico-psychologiques (A.M.P.), elles orientent leurs perspectives de premier emploi prioritairement sur la prise en charge du handicap. Ainsi, pour ces mêmes métiers, les postes vacants sont systématiquement plus rares dans les secteurs hospitalier et du handicap que dans celui de la prise en charge des personnes âgées. Les diplômés hiérarchisent donc leurs choix et privilégient davantage le secteur hospitalier, considéré comme plus valorisant que le secteur médico-social, en particulier auprès des personnes âgées. Ce phénomène confirme bien que, au contraire d'autres secteurs, comme le bâtiment ou l'hôtellerie/restauration, les difficultés de recrutement du secteur du grand âge ne sont pas liées à une pénurie de main-d'œuvre sur le marché du travail, mais bien à une problématique d'attrait pour le travail et de fidélisation.

Il existe donc une forme de concurrence à l'embauche entre les secteurs sanitaire et médico-social, due à une meilleure reconnaissance sociale, mais également à une meilleure attractivité des établissements sanitaires. L'objet de cet article est d'approfondir les raisons de cette plus faible attractivité des EHPAD perçue par les professionnels de soin. Notre problématique porte plus précisément sur *le lien entre l'attractivité des EHPAD aux yeux des professionnels de soin du secteur et leurs pratiques managériales d'implication et de fidélisation des personnels soignants*. En effet, nous faisons

---

[4] Le niveau de GIR (groupe ISO - ressources), évalué par les services sociaux des conseils généraux, est l'indicateur national français qui permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, et de verser soit à la personne, soit à l'établissement d'accueil, une indemnité de dépendance journalière, calculée selon un barème national. Plus une personne est fortement dépendante, plus l'indice de GIR est faible (GIR 1 : dépendance totale, pour toutes les activités quotidiennes), et l'indemnité versée élevée.

[5] Enquête emploi, UNIFAF, 2012.

l'hypothèse que le secteur d'activité n'est pas le seul facteur explicatif de ce défaut d'attractivité, et que des pratiques propres aux établissements peuvent contribuer à accroître l'attractivité, la fidélisation et l'implication de leurs personnels.

## › 1.2. Attractivité, fidélisation et implication des personnels de soins

Pour être pérenne, une organisation doit capter des ressources et donc veiller à véhiculer une image attractive, qui dépend en partie de son propre pouvoir de fidélisation des salariés. En effet, si elle déploie des ressources et de l'énergie pour développer son attractivité, elle a tout intérêt à conserver d'abord le personnel en place en le fidélisant « physiquement » et en l'impliquant. Positionnons d'abord les termes « attractivité » et « fidélisation » qui constituent des leviers mobilisables par les organisations pour satisfaire leurs besoins de main-d'œuvre.

### 1.2.1. L'attractivité

L'acquisition de ressources et compétences est un élément fondamental pour la formation d'avantages concurrentiels (Hamel & Prahalad, 1990 ; Barney, 1991 ; Priem & Butler, 2001 ; Barney & Hesterly, 2006). À une époque où l'individu ne passe plus toute sa vie professionnelle dans la même entreprise, le recrutement de salariés compétents est devenu une activité-clé. Aussi, les entreprises qui souhaitent renforcer leur attractivité cherchent en premier lieu à développer la visibilité et l'image positive de l'entreprise ou organisation-employeur. Celle-ci possède donc des leviers d'action sur son attractivité employeur (Maclouf & Belvaux, 2013).

La fonction Ressources Humaines a tendance à mettre en avant une approche *marketing* de l'employeur (Liger, 2007 ; Martin, al., 2005 ; Panzucuk & Point, 2008), comme moyen d'accroître l'attractivité de la structure par une gestion de l'image globale (Mosley, 2007). Il s'agit là des efforts effectués par une entreprise pour communiquer en interne et en externe le message selon lequel elle est un lieu attractif, distinct de ses concurrents et où il « fait bon » travailler (Lievens, 2007 ; Charbonnier-Voirin, Vignolles, 2011). Toutefois, la notoriété et l'image qu'une entreprise véhicule ne sont pas forcément liées aux seuls efforts que consent l'entreprise pour améliorer son attractivité. Selon une approche marketing, l'attractivité se définit comme un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique (Berthon, Ewin, Hah, 2005). La notoriété est donc un facteur susceptible de conditionner l'attractivité de l'employeur. Les caractéristiques de l'emploi (Salaire, horaires, conditions de travail, responsabilités, etc.) conditionnent l'intérêt porté par un futur salarié à l'entreprise pour y travailler. Les attentes peuvent concerner par exemple, la valeur symbolique de l'employeur notamment pour le premier emploi (Jaïdi, Point, 2011), le secteur (Bedi, 1998 ; Christensen, Wright, 2011), ainsi que les critères d'organisation et de coût de la vie (Moyens de transports, prix immobiliers ; So, al., 2001),

ou encore d'équipements (Nosal, Rupert, 2007). Le choix de l'emploi dépend également d'un ensemble de variables liées au profil de la personne, telles que les *biodata* (Neiner, Owens, 1985) comme le genre (Gupta, 1993) ou l'âge (Guillot-Soulez, Soulez, 2011). D'autres critères peuvent être liés à la situation professionnelle : le statut d'étudiant (Larkin, al., 2007), le stade de carrière (Pavan, 2010) ou le niveau de qualification (Albinger, Freeman, 2000).

La nécessité pour une organisation d'attirer de futurs salariés semble désormais davantage intégrée dans la définition du processus de recrutement (Condomines, Hennequin, 2014). Le recrutement peut en effet être considéré comme un ensemble d'actions entreprises par l'organisation pour attirer des candidats, qui possèdent les compétences nécessaires pour occuper dans l'immédiat ou dans l'avenir un poste vacant (Sekiou, al., 2001, p.227). Les difficultés réelles de recrutement dans certains secteurs conduisent également les organisations à « surveiller » leur propre personnel afin qu'elles puissent garantir la main-d'œuvre nécessaire à son activité. Dans le cas des EHPAD, il est intéressant de noter que ce n'est pas tant le coût de recrutement suite à un départ qui préoccupe les directions d'établissement, que les sous-effectifs associés aux normes réglementaires et légales d'encadrement des personnes âgées.

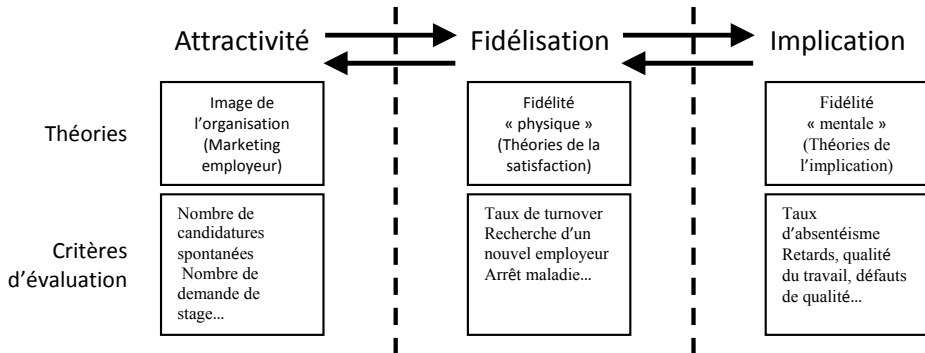
### 1.2.2. La fidélisation du personnel : une double approche ?

Une personne est considérée comme fidèle lorsqu'elle est en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation (Peretti, Swalhi, 2007). Ainsi, la fidélisation est bien souvent associée au phénomène de turnover, alors même que ses origines sont multiples (Darmon, 1994). En effet, le départ peut être à l'initiative de l'organisation ou de l'individu. Le dispositif de fidélisation des salariés, défini comme l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés (Peretti, 1999), s'intéresse uniquement à leur départ à *leur initiative*. Fidélisation et turnover sont donc liés sans pouvoir être confondus. Il s'agit finalement ici d'une fidélisation d'ordre physique, c'est-à-dire de présence ou non dans cette organisation, par rapport à d'autres organisations.

Le concept de fidélité à une organisation, du point de vue des sciences de gestion, est complexe car il touche à l'affect et est difficilement mesurable. En effet, le seul calcul du turnover ne suffit pas à mesurer la fidélité. C'est la raison pour laquelle de nombreux chercheurs ont fait le choix de se focaliser sur la motivation de l'intention de départ appréhendée comme un processus, au lieu d'aborder uniquement les comportements observés de départs effectifs. Par exemple Neveu (1996) a proposé un cadre conceptuel séquentiel illustrant le lien : attitude – intention – comportement. Nous pouvons constater que les critères d'évaluation de la fidélisation se complexifient au fur et à mesure que les travaux sur cette problématique apparaissent, au point que ces critères se rapprochent de ceux de l'attractivité. Les deux concepts de fidélisation et d'attractivité ne

peuvent finalement s'étudier séparément et des travaux récents illustrent bien l'idée que le levier principal commun semble être l'implication de l'homme au travail (figure 1). Les théories de l'implication organisationnelle représentent une mise en perspective féconde. L'implication correspond à « *un comportement et une attitude caractérisés par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre* » (Mowday, al., 1982). D'autres approches ont associé les théories de l'implication et de la fidélisation selon un angle multidimensionnel permettant de reconnaître trois composantes affective, calculée (ou instrumentale) et normative de l'implication (Allen, Meyer, 1991).

**Figure n°1. Connexion attractivité-fidélisation-implication (auteur)**



La composante affective semble la plus proche de notre positionnement de la fidélité/fidélisation. En effet, la volonté affichée et surtout le besoin des organisations de garder durablement des personnels s'inscrivent dans une compréhension de la relation d'implication (Thévenet, 1992). Au-delà du désir de "séduction" des entreprises, certains salariés sont attachés, pour différentes raisons, à l'organisation qui les emploie. Cet attachement peut les conduire à rejeter des opportunités externes et accepter des sacrifices à court terme, au bénéfice d'une relation de longue durée (Porter, al., 1979). Les leviers pour fidéliser les acteurs dans une organisation sont multiples et ne se limitent pas à une simple augmentation de salaire qui, parfois, ne suffit pas ou plus (Commeiras, Fournier, 2003).

Finalement, la littérature confirme que c'est par des actions *multidimensionnelles* qu'il est possible de fidéliser le personnel. Ce constat nous conforte dans notre hypothèse, puisque les leviers d'amélioration de l'implication consolident la fidélisation et stimulent l'attractivité de l'organisation, et réciproquement. Dans cette perspective, une personne est fidèle à son organisation lorsqu'elle justifie d'une ancienneté significative et d'un désintéret pour les opportunités professionnelles externes, mais également lorsqu'elle

adopte, dans le cadre de son travail, une ligne de conduite qui privilégie les efforts continus et évite tout acte de nature à perturber volontairement le fonctionnement de son organisation (Paillé, 2005). Pour qu'un salarié soit fidèle, différentes conditions doivent donc être réunies : son travail le satisfait, il a des relations correctes avec ses collègues et l'organisation propose des valeurs en termes de style de management (Brami, 2013) et d'équité entre les membres (Meysonnier, 2006).

## PARTIE II : MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES QUALITATIVES-QUANTITATIVES ET FINANCIÈRES

Suite à un contact initié par une Agence Régionale de Santé (ARS) nous avons élaboré un protocole de recherche-intervention (David, 2000 ; Plane, 2000 ; Savall et Zardet, 2004) auprès de huit EHPAD. L'objectif de cette recherche, réalisée de 2012 à 2014, était d'étudier les enjeux et les leviers d'une meilleure attractivité des emplois liés à l'accompagnement et à la perte d'autonomie, et ce, dans le cadre d'une réflexion plus générale de la part de l'ARS dans les domaines de la qualité de la gestion des ressources humaines, la coordination des décideurs et des acteurs de proximité, ainsi que l'évaluation des compétences. Huit EHPAD ont été choisis pour représenter un échantillon représentatif de différentes situations de gestion des ressources humaines : certains relèvent de la fonction publique territoriale, d'autres de la fonction publique hospitalière, d'autres enfin du secteur associatif ; ils sont donc tous à but non lucratif. Par ailleurs, ils ont des tailles et des localisations variées (Tableau 1).

**Tableau 1. Tableau synthétique des huit EHPAD impliqués dans la recherche-intervention**

Établissement	Effectif (ETP)	Nombre de places (résidents)	Localisation	Statut juridique
A	58	87	Urbain	Associatif
B	39	93	Urbain	Associatif
C	37	60	Semi-urbain	FPT
D	242	214	Rural	FPH
E	25	82	Urbain	Associatif
F	8	23	Semi-urbain	FPT
G	33	59	Semi-urbain	FPT
H	16	40	Semi-urbain	FPT

FPT : Fonction Publique Territoriale FPH : Fonction Publique Hospitalière.

Une recherche-intervention longitudinale a été conduite dans ces huit établissements, selon une méthodologie qualimétrique (qualitative-quantitative-financière) d'analyse

des dysfonctionnements perçus par des professionnels et de leurs impacts sur les ressources économiques des établissements. La recherche-intervention longitudinale s'est déroulée en deux étapes. Le diagnostic a consisté à collecter des informations auprès des huit EHPAD, sur base de la méthodologie de diagnostic socio-économique (Savall, Zardet ; 1987), afin d'obtenir des données qualimétriques. L'animation de séances de groupe de projet d'amélioration des pratiques de ressources humaines fut la seconde étape de notre processus. Nous détaillons ci-dessous ces deux étapes.

### › 2.1. L'étape de diagnostic socio-économique préalable

Les diagnostics ont débuté par la conduite d'entretiens semi-directifs individuels et de groupe auprès d'une variété d'acteurs, afin de collecter des données qualitatives portant sur l'attractivité, la fidélisation et l'implication des personnels soignants. Les interviews ont concerné 82 personnes des EHPAD réparties en deux sous-populations : Direction/encadrement et professionnels de soins (sans responsabilité hiérarchique). Au total, nous avons conduit 19 entretiens individuels de directeurs et encadrants ainsi que 15 entretiens de groupes auprès de professionnels (Cf. Tableau 2). Nous avons ensuite dépouillé les données, par une méthode d'analyse de contenu, consistant à classer les *phrases-témoins* des acteurs dans des thèmes et sous-thèmes, puis à identifier des idées-clés de synthèse (Krief & Zardet, 2013).

**Tableau 2. Description de la méthode de diagnostic de la recherche-intervention dans les 8 EHPAD**

POPULATION INTERVIEWEE	ENTRETIENS
<p><b>82 personnes interviewées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Direction et encadrement (19 personnes) : directeurs d'établissement, cadres de santé, médecins-coordonateurs</li> <li>-Personnels sans responsabilité hiérarchique (63 personnes) : infirmiers, aides-soignants, agents de soins, aides médicopsychologiques, psychologues, éducateurs, psychologues, agents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 entretiens qualitatifs individuels semi-directifs (Direction et encadrement)</li> <li>- 15 entretiens qualitatifs de groupe semi-directifs (Personnels sans responsabilité hiérarchique)</li> <li>- 19 entretiens de collecte de données quantitatives et financières, individuels (Direction et encadrement)</li> </ul> <p><b>TOTAL : 43 entretiens</b></p>

Puis, une deuxième vague de 19 entretiens, auprès des directeurs et membres de l'encadrement des établissements, a été réalisée pour approfondir l'étude des impacts économiques des difficultés d'attractivité, de fidélisation et d'implication des personnels soignants. Ils ont permis d'estimer en particulier des *coûts cachés* relatifs à l'absentéisme, à la rotation du personnel et à son instabilité (Savall, 1975 ; Savall, Zardet ; 1987). En parallèle, nous avons collecté et aidé à la construction, puis à l'analyse des indicateurs sociaux des établissements : taux d'absentéisme, taux de rotation et volume

de candidatures spontanées ainsi que, dans certains cas, temps de réponse à une annonce de poste vacant. Les résultats des diagnostics ont été présentés sous forme de plusieurs séances d'effet-miroir (Krief et Zardet, 2013) : aux membres institutionnels du comité de pilotage mis en place par l'ARS, puis aux représentants des départements membres des Conseils Généraux et de la DIRECCTE, enfin auprès de tous les acteurs de direction, encadrement et professionnels qui avaient été interviewés dans les huit établissements.

## › 2.2. L'étape de projet socio-économique

À la suite des diagnostics, un groupe de projet a été constitué, dont l'objectif initial était d'impulser une recherche participative de solutions aux problèmes de ressources humaines identifiés dans le diagnostic. La constitution de ce groupe s'est effectuée sur le critère de la représentativité institutionnelle, impliquant au premier chef les huit directeurs d'établissement et au moins un de leurs cadres, ainsi que des acteurs institutionnels de l'ARS et des Conseils Généraux (Cf. Tableau n°3). Notre rôle dans ce groupe de projet consistait à observer et capitaliser de manière exhaustive l'ensemble des propositions, ainsi qu'à faire émerger les pratiques locales déjà expérimentées par tel ou tel établissement mais largement méconnues au plan régional. Ce groupe a fonctionné sur la base de quatre axes d'amélioration, définis en concertation entre les directeurs d'EHPAD et l'ARS en fonction des résultats des diagnostics : le pilotage d'indicateurs sociaux, la mise en œuvre de plans de formation, la gestion des projets de vie et de fin de vie, le déploiement de projets stratégiques d'établissement. Dans l'intervalle des séances de groupe de projet, les participants ont mis en place des groupes de travail thématiques, pour impliquer en particulier les professionnels de terrain des établissements. Le projet a duré environ six mois, il s'est achevé par deux séances de présentation des résultats qui ont associé l'ARS, les intervenants-chercheurs et les directeurs d'EHPAD, afin d'identifier en particulier quelles actions d'amélioration relevaient plutôt de l'initiative de l'ARS, des Conseils Généraux ou des EHPAD eux-mêmes.

**Tableau 3. Description de la méthode de conduite de projet de la recherche-intervention**

POPULATION IMPLIQUÉE	DESCRIPTIONS EN VOLUME DES ACTIONS
8 Chefs d'établissement, Conseiller technique chargé des ressources humaines de l'ARS, Responsable délégation départementale de l'ARS, Responsable service pour personnes âgées du Conseil général, membre de la DIRECCTE	- 4 séances d'une demi-journée - constitution de groupes de travail thématiques dans l'intervalle des séances

## PARTIE III : LES RÉSULTATS RELATIFS À L'ATTRACTIVITÉ, LA FIDÉLISATION ET L'IMPLICATION DES PERSONNELS

L'attractivité de l'emploi dans les EHPAD est réduite, comparée à celle des établissements sanitaires d'une part, et médico-sociaux de prise en charge du handicap d'autre part, alors même que les créations d'emplois actuelles et futures se développent dans les EHPAD (Rapport Ars Rhône-Alpes, 2014). Mais, simultanément, le nombre d'emplois vacants est supérieur dans les EHPAD ce qui, d'un point de vue quantitatif, confirme l'idée d'une attractivité relative limitée de ce secteur pour les professionnels soignants. Aussi, comment expliquer cette situation ?

Notre recherche met en évidence deux *niveaux différents d'attractivité* : le premier est un manque d'attractivité *du secteur des EHPAD* vis-à-vis des autres secteurs sanitaire et médico-social du handicap, le deuxième un manque d'attractivité de *certaines établissements* comparés à d'autres. Enfin, nous identifions un troisième niveau- que nous ne développons pas dans cet article faute de données suffisantes : le défaut d'attractivité lié aux politiques de ressources humaines impulsées par les conventions collectives ou les codes de la fonction publique (territoriale ou hospitalière), relayées par les tutelles de financement des EHPAD que sont les ARS et Conseils Généraux. En effet, la mobilité entre établissements est freinée par les différences réglementaires des conventions collectives. Par exemple, le passage de d'un établissement associatif à un établissement public est défavorable en termes de rémunération. A contrario, les modalités d'indemnisation des absences sont plus favorables dans la fonction publique territoriale que dans les établissements sous convention collective (pas de journée de carence pour la fonction publique territoriale).

### › 3.1. Attractivité du secteur des EHPAD

Les entretiens qualitatifs conduits avec les directions, cadres et professionnels soignants des EHPAD, complétés par l'analyse des emplois pourvus et vacants, ainsi que par l'étude de la rotation du personnel dans ces établissements, ont mis en évidence *plusieurs facteurs explicatifs de la moindre attractivité des EHPAD*, comparée aux autres établissements sanitaires et médico-sociaux pour les professions soignantes.

Les pénuries de main-d'œuvre sont différentes *selon les métiers soignants*. Ainsi, un établissement peut être confronté à une pénurie de professionnels infirmiers, ou de médecin-coordonateur, sans rencontrer de problème pour pourvoir les emplois d'aide soignant et d'aide médico-psychologique, ce qui ne sera pas le cas d'un autre établissement situé à 20 km de là.

Le premier facteur explicatif est celui d'une mauvaise *image des métiers de la gériatrie*, dont le dispositif de progression de carrière et les niveaux de rémunération sont jugés insuffisants au regard des autres types d'établissements. Mais cette image provient aussi d'une *méconnaissance* par les futurs professionnels soignants de ce secteur. Les établissements

impliqués considèrent que des actions de communication institutionnelle interne et externe doivent être régulièrement et inlassablement conduites, en partenariat avec différents acteurs institutionnels, pour valoriser davantage l'image des EHPAD. Ainsi, pour le grand public, des campagnes réitérées de sensibilisation sur les missions des EHPAD, ou des communications dans la presse locale et départementale sur les réalisations marquantes de tel ou tel établissement, contribuent à modifier progressivement l'image des EHPAD. Plus précisément vis-à-vis des futurs salariés, des actions ciblées sur les *écoles professionnelles* (IFSI, IFTS, IFAS<sup>6</sup>), animées par des directeurs d'établissement s'avèrent extrêmement pertinentes pour présenter aux étudiants les métiers des EHPAD, de même que la participation aux *journées métiers* organisées par les collèges d'enseignement.

Par ailleurs, le *partenariat avec des acteurs de l'emploi* tels que Pôle Emploi, pour les établissements associatifs, ou les centres de gestion de la fonction publique territoriale pour les EHPAD municipaux, apparaît prépondérant. En effet, bien que des groupes de concertation existent déjà entre ces acteurs et les EHPAD, l'enjeu est une meilleure connaissance de la part des acteurs de l'emploi des profils professionnels spécifiques aux EHPAD, et donc des recrutements mieux adaptés, en utilisant en particulier le référentiel des métiers créé par l'ARS<sup>7</sup> sur les métiers des EHPAD. Par exemple, comment adapter les critères, les tests et questionnaires qu'utilisent les agents de Pôle Emploi pour sélectionner les demandeurs d'emploi ? Le rôle d'un acteur tel que Pôle Emploi pourrait ainsi s'apparenter à celui d'un cabinet public de recrutement, assurant la consolidation des besoins d'emploi par établissement et par bassin, ainsi que des candidatures, des curriculum vitae et des demandes de mobilité inter-établissements, là où les organisations employeurs n'ont pas les ressources humaines pour le faire seules.

Enfin un troisième axe a été mis en évidence consistant à développer les *contrats aidés et contrats de professionnalisation*, pour faire découvrir les métiers soignants en EHPAD dès le stage de la formation, en faisant jouer un rôle actif aux enseignants des écoles dans leur participation à l'encadrement des étudiants.

Toutefois, ce constat de défaut d'attractivité des métiers de la gériatrie gagne à être nuancé, car la localisation géographique et le statut de l'EHPAD (Dubost, 2014) atténuent ou au contraire aggravent significativement ce défaut.

### › 3.2. Attractivité des établissements

Les appréciations de la qualité de vie au travail exprimées par les acteurs concernent trois thèmes majeurs : les conditions et l'organisation du travail, les relations internes et externes et l'adéquation formation-emploi.

[6] IFSI institut de formation en soins infirmiers ; IFTS institut de formation des travailleurs sociaux ; IFAS institut de formation d'aides soignants.

[7] Référentiel ARS Rhône-Alpes, Décembre 2013.

### *Conditions et organisation du travail*

Les *conditions de travail* dans les EHPAD et SSIAD sont perçues comme *difficiles*, ce qui concourt à la faible attractivité des métiers liés à la personne âgée (Encadré 1). La « pénibilité » ou la charge « physique » de travail sont la conséquence d'aménagements ou d'agencements de locaux inadéquats, surtout lorsque les bâtiments sont anciens et donc peu adaptés à l'accueil de personnes âgées (Escaliers, couloirs, accès fauteuils, sécurité des espaces extérieurs...).

#### **Encadré n°1. Exemples de phrases-témoins sur les conditions de travail**

« Faire descendre les résidents des cinq étages du bâtiment pour les repas prend énormément de temps. Hier, j'ai mis une heure pour en faire descendre 12. Les premiers arrivés en salle à manger ont attendu plus d'une heure avant de manger. » Ét. F

« Le personnel soignant navigue beaucoup dans les étages entre les établissements. Pendant douze heures d'affilées, c'est épuisant. Il faut sans cesse jongler entre les étages, j'ai mesuré une fois le nombre de km parcourus par jour, c'était 9 km. » Ét. H

« Lorsqu'ils voient la grandeur du bâtiment, les aides soignants diplômés ne veulent pas rester car la charge de travail sera importante. Nous n'avons aucun remplaçant diplômé, seulement des agents de soins. » Ét. D

Il en est de même pour le manque ou l'inadaptation du matériel de soin. Conjugué à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, cela contribue à accroître la charge et l'usure physiques des professionnels.

Par ailleurs, les *horaires coupés* ou *l'amplitude horaire* importante constituent également des contraintes fortes. L'augmentation de la charge de travail est signalée par la quasi-totalité des acteurs (Direction, encadrement, personnel, médical, paramédical, administratif). Elle est probablement générée par la complexification du travail, tant au niveau des soins (Démence, Alzheimer, fin de vie...) que de la gestion administrative (Législation du travail, référentiels, normes multiples...).

La qualité de la prise en charge des personnes âgées se dégrade, conséquence de certaines tâches mal assumées. *L'appauvrissement du travail* fait regretter à certains le choix du métier de soignant. Ils attribuent cette perte d'intérêt au travail à un déplacement vers l'activité technique (Pesées, douches, dossiers médicaux exhaustifs...), au détriment de temps de présence auprès de la personne âgée (Écoute, réconfort, gestion de la fin de vie) ou des projets d'accompagnement.

### **Encadré n°2. Exemples de phrases-témoins sur l'organisation du travail**

« Il y a beaucoup d'horaires coupés ce qui nous oblige à faire des grandes amplitudes et à se déplacer fréquemment. Quand on a des enfants en bas âge ce n'est pas évident. » Ét. E

« Je trouve que c'est lourd à gérer pour le personnel en poste car les résidents ne peuvent pas attendre d'être pris en charge le lendemain. De plus, les résidents sont de plus en plus dépendants, ce qui alourdit la charge de travail. » Ét. C

« Les personnes les plus dépendantes de mon service sont celles dont je m'occupe en premier pour m'en débarrasser. C'est dur à dire, je ne peux pas prendre quelques instants pour parler aux résidents. Ce n'est pas comme cela que je concevais mon métier. » Ét. A

L'absentéisme est perçu par toutes les personnes interviewées comme le principal élément perturbateur du fonctionnement des établissements et de l'augmentation de la charge de travail. Les taux élevés, voire très élevés, d'absentéisme entre 8 % et 26 % dans les huit EHPAD (Tableau 4) illustrent également une forte dispersion, et confirment qu'ils ne sont pas inhérents au seul secteur. Les modalités de régulation de l'absentéisme (CDD, intérim, non remplacement, glissements de fonction) ne sont pas toujours jugées adéquates. Le fort absentéisme dans les équipes soignantes nécessite des changements de planning permanents lesquels, *in fine*, génèrent davantage d'absentéisme, voire de la rotation. Par ailleurs, le remplacement de certains postes, tels celui du médecin-coordonateur ou d'infirmier, pose des problèmes spécifiques s'agissant de postes uniques ou peu nombreux.

Les tableaux 4 et 5 présentent la synthèse des coûts cachés d'absentéisme et de rotation du personnel estimés sur les huit établissements étudiés. Nous remarquons l'importance des coûts cachés relatifs à l'absentéisme : en moyenne 7 100 euros par personne et par an. Ces résultats confirment les entretiens qui ont pointé l'absentéisme comme le facteur principal des perturbations de la qualité de vie au travail et de la charge de travail des personnes.

Les coûts estimés dans notre recherche-intervention ont permis de mettre davantage en lumière, les conséquences de la *dégradation de l'attractivité et de la fidélisation*. Les coûts importants d'absentéisme et de rotation du personnel, compte tenu des restrictions budgétaires durables, représentent des gisements d'autofinancement de futurs projets de développement. Ces données ont d'ailleurs intéressé toutes les parties prenantes aux niveaux régional, territorial et organisationnel. En effet, les normes de fonctionnement des EHPAD obligent à respecter un ratio de nombre minimal d'agents par nombre de résidents. Si, par suite d'absentéisme, le nombre effectif est inférieur au ratio minimal exigé, le directeur d'établissement est contraint de remplacer les absents en recrutant des contractuels temporaires, et de financer ces remplacements sur son budget. Les budgets de remplacements sont donc d'autant plus élevés que les taux d'absentéisme et de rotation le sont. Or, ces remplacements sont financés, dans la région où cette recherche s'est déroulée, sur les « Crédits Non Renouvelables », enveloppes attribuées par l'ARS et

initialement dédiées à des projets innovateurs d'établissement, mais qui petit à petit ont donc été détournés systématiquement vers les remplacements de postes !

Les tableaux 4 et 5 montrent aussi qu'à l'exception des établissements G et H, qui affichent un taux de rotation de 30 %, *les problématiques d'absentéisme sont plus graves que celles de rotation de personnel* : en effet, le taux de rotation est autour de 10 % (Soit un départ de salarié sur 10 par an), contre un taux d'absentéisme entre 15 % et 25 %, si l'on excepte l'établissement B.

Les écarts de taux d'absentéisme et de rotation entre établissements sont relativement faibles. Néanmoins, nous constatons quelques spécificités. Ainsi, l'établissement B a un taux d'absentéisme inférieur aux autres. Ce faible taux s'explique, selon nous, par la qualité des infrastructures, neuves et bien adaptées à la fois à l'accueil des personnes âgées dépendantes et au travail des professionnels de santé (Bâtiment de plein pied, lève-personne dans chaque chambre...). Seuls cet établissement, parmi les huit, a pensé ses locaux pour diminuer les contraintes physiques des professionnels et répondre aux normes d'agencement de ce type de structure. Pour ce qui est du taux de rotation, le faible taux de l'établissement C correspond à la combinaison de deux facteurs : sa localisation et son statut juridique. Il est à proximité d'une grande ville, propose des avantages salariaux spécifiques et une faible charge d'actes techniques (Toilettes, changes...) au profit d'un accompagnement plus proche des résidents. Le cas D admet le taux de rotation le plus important compte tenu de son emplacement rural contraignant pour les déplacements professionnels. Enfin, les taux d'absentéisme et de rotation très élevés des établissements G et H proviennent d'un défaut de pilotage au niveau d'une direction bicéphale de ces établissements. Les disparités entre les modes de management des deux directeurs génèrent des contrordres fréquents et une forme d'iniquité dans le traitement des personnels de soin. Défaut d'attractivité...ou de fidélisation ? Nous commentons ces résultats plus avant en partie IV.

**Tableau 4. Taux et coûts de l'absentéisme**

	A	B	C	D	E	F	G et H <sup>8</sup>
Taux d'absentéisme global	14,30 %	8,35 %	16,19 %	15,71 %	16,11 %	15,64 %	26,09 %
Montants des coûts cachés d'absentéisme/pers/an	3 100 €	10 100 €	8 600 €	6200 €	11 300 €	7 300 €	6900 €
Rapport des coûts cachés d'absentéisme/coûts cachés globaux	47%	57%	56%	51%	50%	29%	29%

[8] Les personnels des établissements G et H sont gérés dans une seule entité juridique.

**Tableau 5. Taux et coûts de la rotation du personnel**

	A	B	C	D	E	F	G et H
Taux de rotation global <sup>9</sup>	9,43 %	10,2 %	5 %	12,94 %	11,68 %	9,82 %	30,3 %
Montants des coûts cachés de rotation/pers/an	1700 €	6300 €	1700 €	900 €	1300 €	3300 €	5000 €
Rapport des coûts cachés de rotation/coûts cachés globaux	26 %	36 %	11 %	7 %	6 %	4 %	21 %

### *Les relations internes et externes*

Par ailleurs, des difficultés relationnelles avec les familles sont exprimées par l'ensemble des personnes interviewées : directeurs, cadres de soins, infirmiers, aides-soignants... Les personnels disent parfois souffrir d'être moins reconnus comme des experts que comme des « serveurs » (Au sens hôtelier du terme) par les proches du résident. L'image et la reconnaissance des métiers exercés sont alors dégradées.

#### **Encadré n°3. Exemples de phrases-témoins sur les relations internes et externes**

« Les équipes sont de plus en plus victimes du harcèlement des familles. Si la toilette est faite avec du retard, les résidents et les familles nous traitent de feignant et menacent d'en parler à la direction. » Ét. C

« Les soignants se retrouvent de plus en plus en difficulté dans la gestion de certaines familles qui sont dans un déni total sur les troubles de leurs parents. Elles ne font pas confiance au personnel expert et attendent simplement qu'il serve. » Ét. B

Un manque de soutien et de cohésion internes entre les différents professionnels émerge, par exemple, dans des cas difficiles de gestion d'un résident, lors de comportements dangereux, ou en fin de vie, lorsqu'aucun accompagnement psychologique dans l'équipe n'est prévu pour les personnels qui y sont confrontés : « En 2012, l'établissement a enregistré 50 % de décès en plus par rapport à l'année 2011. C'est un tiers de l'établissement qui est renouvelé et ce turnover est une source de stress et le temps de deuil du personnel est souvent sous-estimé. » (Ét. A) ; « Voir des résidents en fin de vie qui ne sont pas suffisamment accompagnés et que nous connaissons depuis longtemps c'est dur. Cela me perturbe et rien n'est fait pour que je puisse en parler. » (Ét. G). Il n'est pas rare que des professionnels soient par la suite en arrêt maladie, voire quittent l'établissement.

[9] Nombre de sorties/effectif moyen annuel.

### *L'inadéquation formation-emploi*

Dans certains établissements, les acteurs soulignent un *manque de compétences* en gériatrie. Cette carence porte, pour certains, précisément sur la gestion de la démence ou de la maladie d'Alzheimer. Pour d'autres, il s'agit de mieux comprendre la personne âgée et de mieux connaître la gérontologie dans son ensemble, ne serait-ce que pour percevoir l'intérêt et le sens du métier. Les dispositifs et moyens de formation existants sont jugés insatisfaisants, qu'il s'agisse de budget, de participation (Nombreuses annulations faute de participants), de la faible diversité du catalogue proposé ou encore de l'efficacité insuffisante des formations dispensées : « *On ne peut pas vraiment suivre des formations adaptées aux EHPAD. On assiste aux formations qui sont pondues par les textes alors que bien souvent elles ne servent à rien ou ne représentent pas la réalité du terrain.* » (Ét. D). En outre, le personnel souligne les difficultés à se dégager du temps pour participer à ces formations. De fait, *la perspective d'évolution et de carrière est opaque* et permet difficilement aux acteurs de se projeter, dans une progression professionnelle au sein de leur secteur. Les réussites observées sont celles d'établissements ayant déployé une véritable politique volontariste de progression professionnelle, par VAE, formation qualifiante courte et formation diplômante.

## **PARTIE IV : INTERPRÉTATIONS SUR LE LIEN ATTRACTIVITÉ-FIDÉLISATION-IMPLICATION : COMMENT LES EHPAD PEUVENT-ILS AMÉLIORER LEUR ATTRACTIVITÉ ?**

Pour les acteurs soignants des EHPAD, ce n'est pas l'image de l'organisation, au sens d'une carence du marketing de l'employeur (Cf. 1.2.1), qui est perçue comme la cause centrale d'un manque d'attractivité. Ce sont bien les difficultés concrètes liées aux activités professionnelles exercées au quotidien qui détériorent l'image d'un établissement et non simplement un manque de communication externe, ou une absence d'ouverture vers l'extérieur.

Les résultats obtenus à l'issue de cette recherche-intervention éclairent la complexité de l'attractivité des emplois, de la fidélisation et de l'implication des personnes. Tout d'abord, une *double facette* de l'attractivité est apparue : d'une part une *attractivité faible du secteur d'activité* en regard d'autres secteurs sanitaire et médico-social, mais aussi une *attractivité variant* significativement *d'un établissement à l'autre*. Dans une perspective gestionnaire, ce résultat ouvre des voies intéressantes du point de vue des pratiques managériales, car il montre la marge de manœuvre des directions d'établissement et donc des politiques d'établissement pour attirer des personnels.

Un deuxième résultat porte sur la *fidélisation relativement forte*, confirmée par des taux de rotation du personnel proches, voire inférieurs à de nombreux secteurs d'activité professionnelle. Peut-on l'interpréter comme une fidélisation « par contrainte », c'est-à-dire une stabilité dans le poste liée à de faibles opportunités professionnelles extérieures ? En effet, cette fidélité s'accompagne d'une *implication professionnelle limitée*, relevée dans les entretiens des professionnels eux-mêmes, de leurs encadrants, mais aussi des pratiques d'absentéisme et plus globalement de désengagement au travail. Toutefois, cette dernière observation est très contrastée d'un établissement à l'autre, ce qui met en exergue le *rôle majeur des pratiques managériales*. Ainsi, notre recherche-intervention a permis d'identifier la contribution cruciale de la direction et de son encadrement, pour mieux anticiper et agir sur les difficultés d'attirer et de fidéliser les professionnels. *Cinq domaines d'actions* adaptées au secteur ont émergé du projet, comportant une convergence certaine avec des études antérieures sur le développement de l'attractivité-fidélisation (Petit, 2008 ; Petit, 2012) :

- *Renforcer la qualité de vie professionnelle* : en adaptant le contenu du travail aux activités de prestations d'accompagnement, en associant les professionnels à des projets d'innovation, ou encore à des actions de tutorat. Cela permet de réduire la différence de perception existante entre la vision des professionnels lors de leur formation initiale et la réalité du métier. Il s'agit aussi de mieux répartir les tâches à charge physique importante pour éviter l'épuisement. Il s'agit enfin de répondre au sentiment d'iniquité ressenti par les professionnels, relatif à leurs niveaux de diplômes et aux tâches effectivement réalisées, sentiment fréquemment observé entre les deux métiers de professionnels que sont les A.S. et les A.M.P. Le développement d'une certaine polyvalence formalisée et connue de tous, pratiquée dans certains établissements, permet de répondre au cloisonnement entre professionnels (Infirmiers, aides-soignants, médecins, voire administratifs).
- *Développer une image valorisante* : au niveau organisationnel, cela correspond à l'image professionnelle. Outre la qualité des soins, gage d'une image de sérieux, la valorisation des salariés comme des professionnels concourt à la bonne image du métier. Cela implique d'élaborer des pratiques de transmission d'informations fiables et qui ne remettent pas en cause le professionnalisme de l'équipe auprès des résidents et des familles. En outre, il est apparu important de développer des compétences relationnelles des professionnels, pour mieux gérer les contacts avec les familles des résidents ou encore entre le médecin-coordonnateur, les médecins traitants, les infirmiers cadres et les familles.
- *Prendre en compte les projets personnels et professionnels* : cela passe par des entretiens individuels réguliers pour mieux connaître les professionnels. La problématique des horaires, fortement soulignée dans le diagnostic, est extrêmement sensible car elle influence le rythme de vie extra-professionnelle des salariés. Une concertation

plus régulière et individualisée permet de traiter en amont les éventuelles difficultés de fidélisation, et de trouver des modalités horaires davantage compatibles.

- *Installer un management de proximité* : Les pratiques managériales sont très peu formalisées, voire valorisées en EHPAD. Comment former des infirmières coordinatrices à la gestion des ressources humaines et au management ? Le directeur, « homme orchestre » dans un EHPAD, ne peut, à lui seul et sur le terrain, manager la pluridisciplinarité *c'est-à-dire la variété des métiers à l'intérieur de l'établissement*. Il est important de renforcer la transversalité des pratiques et la cohésion interne, autour d'événements variés, qu'il s'agisse d'un décès, d'une manifestation ou d'une formation interne. Ce management induit également le pilotage *d'actions visant à réduire le petit absentéisme extrêmement répandu et perturbateur, tant pour les personnels que pour les personnes âgées accueillies*. Le manque d'actions préventives face à un niveau d'absentéisme exceptionnellement élevé dans l'ensemble est lié à *un sentiment de résignation*, associé à un management de proximité insuffisamment actif ou développé.

Le développement de pratiques managériales synthétisé ci-dessus joue donc un rôle clé dans l'amélioration de l'attractivité, la fidélisation et l'implication. En effet, l'adéquation entre les compétences disponibles et les compétences requises constitue un facteur déterminant de la fidélisation et de l'implication. Les « bonnes pratiques » identifiées dans certains établissements montrent que les directions d'établissement ont un rôle pluriel à jouer : en accroissant l'ergonomie des activités pour réduire la pénibilité physique, le petit absentéisme et les accidents du travail ; en agissant sur l'organisation dans les services selon des processus participatifs, pour adapter régulièrement l'organisation du travail à la charge de travail ; en formalisant les protocoles pour les nouveaux arrivants et les remplaçants ; en adaptant les horaires à la fois à l'activité et à la vie privée des salariés, qui ont des objectifs-contraintes liés à leurs enfants en particulier (écoles, crèches), en intégrant les situations fréquentes de familles monoparentales et d'éloignement du lieu de résidence ; en répondant à la pénurie de personnel diplômé par la formation d'agents « faisant fonction » et en promouvant la promotion interne ; en développant le sens et l'intérêt du travail (Cherré, Dufour, 2015), à travers une meilleure connaissance de l'histoire de vie des personnes âgées, leurs goûts et passions.

Par ailleurs, la dimension inter-organisationnelle est importante, dans la mesure où le développement d'une *coopération inter-organisationnelle* favorise l'attractivité, la fidélisation et l'implication. Ainsi, l'appareil de formation initiale et continue gagnerait à se rapprocher des établissements, pour mieux adapter l'offre de formation aux besoins. Enfin, à une échelle nationale, la certification des métiers est aujourd'hui en décalage avec les besoins et les attentes tant des professionnels que des organisations, face aux nouveaux besoins en termes de métiers non satisfaits. Mais cette problématique ne peut être suffisamment étayée dans notre recherche, faute de données précises.

## CONCLUSION

Nous avons tenté de montrer que l'attractivité et la fidélisation des personnels soignants des EHPAD sont complexes et dépendent de nombreuses variables. Les résultats obtenus illustrent bien l'hétérogénéité des cas d'EHPAD. Tous ne sont pas uniformément impactés, tous n'ont pas la même stratégie de résolution de ces problèmes...

En revanche, notre recherche démontre que c'est bien au niveau de l'établissement (EHPAD) que se situent les leviers les plus simples à actionner pour attirer, et surtout fidéliser et impliquer davantage le personnel. Il existe une marge de développement importante tant au niveau des pratiques de management de proximité qu'au niveau de la direction d'établissement. L'enjeu est de mobiliser les énergies sur la fidélisation « mentale » (Petit, 2008 ; Petit, 2012), c'est-à-dire l'implication du personnel. Par conséquent, consacrer davantage de ressources internes (Temps, formation...) aux pratiques managériales, de la part de l'encadrement et de la direction des EHPAD, permet une implication accrue des personnels soignants. Et, si l'on fait l'hypothèse qu'un individu impliqué dans son travail a une image plus positive de son organisation, il est alors susceptible de la rendre attractive. La coopération entre acteurs (Ou « instances ») nationaux, régionaux et territoriaux est nécessaire par répondre au défi actuel : satisfaire les attentes du personnel soignant du secteur du grand âge, alors même qu'il souffre déjà d'une pénurie relative de main-d'œuvre. Pour cela, un travail de longue haleine et de collaboration entre écoles, établissements employeurs, structures de recherche et d'orientation vers l'emploi est nécessaire pour développer une image plus réaliste et plus attractive des métiers des professionnels en EHPAD.

---

## RÉFÉRENCES

---

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

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

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

ARS - Rhône-Alpes, coordonné par MARTIN C., Pour une meilleure attractivité des emplois de l'accompagnement de la perte d'autonomie – Enjeux et leviers, Rapport de synthèse, Mai 2014, 64 pages.

- BARNEY, J. B. (1991), Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- BARNEY J. B., HESTERLY W. (2006). Organizational Economics: Understanding the Relationship between Organizations and Economic Analysis. Dans S.R. Clegg, C. Hardy, T.B. Lawrence, & W.R. Nord (dir.), *The Sage Handbook of Organization Studies*. London, UK: Sage.
- BEDI A. S. (1998), Sector Choice, Multiple Job Holding and Wage Differentials: Evidence from Poland, *Journal of Development Studies*, 35, 162-179.
- BEN AISSA H. (2015), A new overall approach to psychosocial risk prevention and well-being development, revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2015/5, n°110, pp. 89-112.
- BERTHON P., EWING M., HAH L.L. (2005), Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding, *International Journal of Advertising*, 24, 151-172.
- BOYER L., SCOUARNEC A. (2009), *La prospective des métiers*, Cormelles-le-Royal, Editions EMS.
- BRAMI G. (2013), Le paradoxe de l'évolution des EHPAD, *Empan*, n°91, p. 56-61.
- BRILLET F., JANAND A. (2016), Pratique de la mobilité interne au sein de deux entreprises publiques : une relation dyadique entre fins et moyens, revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2016/1, n°112, pp. 121-152.
- BRILLET F., HULIN H. (2010), Vers un renouvellement des dispositifs prévisionnels des ressources humaines : la question de la compétence entre prévision et prospective, *Revue Management et Avenir*, n°36, p. 245-262.
- CHARBONNIER-VOIRIN A., VIGNOLLES A. (2011), Proposition d'un modèle intégrateur de la marque employeur, *XXII<sup>e</sup> congrès de l'AGRH*, Marrakech.
- CHERRE N., DUFOUR N. (2015), le contrôle en dualité, entre aliénation et autonomie. Le cas du management éthique appliqué aux risques, revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2015/3, n°108, pp. 159-178.
- CHRISTENSEN R. K., WRIGHT B. E. (2011), The Effects of Public Service Motivation on Job Choice Decisions: Disentangling the Contributions of Person-Organization Fit and Person-Job Fit, *Journal of Public Administration Research & Theory*, 21, 723-743.
- COMMEIRAS N., FOURNIER C. (2003), Un aspect fondamental du management de la force de vente : l'étude de la rotation des commerciaux, 2003, *Encyclopédie des Ressources Humaines*, coordonnée par J. Allouche, Vuibert, pp. 590-598.
- CONDOMINES B., HENNEQUIN E. (2014), *Le processus de recrutement pour le candidat et le recruteur*, Coll. Management, Economica.

DARES (2012) *Données, Analyses, Evolution récente de l'insertion des jeunes sur le marché du travail selon le niveau de diplôme*, n°013.

DARMON R. (1994), La rotation des vendeurs : de la théorie à la pratique, *Recherches et Applications en Marketing*, N°1, pp. 31-49.

DAVID A. (2000), Logique, épistémologique et méthodologique en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées, ouvrage collectif coordonnée par DAVID A., HATCHUEL A., LAUFER R., *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Collection FNEGE, 216 pages, pp. 83-110.

DEJOUX C., WECHTLER H., (2011) Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management, *Revue Management & Avenir*, 2011/3 (n°43, pp. 227-238 2011/3 (n°43).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2014), *Rapport Etudes et résultats*, s - n°877.

DUBOST N. (2014), Les associations parlent-elles d'une seule voie face au changement de l'ordre institutionnel ? Apports de l'analyse de discours dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2014/4, n°103, pp. 183-209.

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

FRANCOIS Y. (2015), Le professionnalisation des associations par les pratiques de gestion des compétences des acteurs associatifs produit-elle un processus de changement organisationnel ?, revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2015/1, n°106, pp. 113-133.

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

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

HULIN A. (2010), Les pratiques de transmission du métier : de l'individu au collectif, une application au compagnonnage, Thèse de doctorat, Université de Tours, 508 pages.

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

KRIEF N., ZARDET V. (2013), Analyse de données qualitatives et recherche-intervention, *Revue en Sciences de Gestion*, n°95, pp. 211-237.

LARKIN J. E., LAPORT K. A., PINES H. A. (2007), Job choice and career relevance for today's college students, *Journal of Employment Counseling*, 44, 86-94.

- LIEVENS F. (2007), Employer branding in the Belgian Army: The importance of instrumental and symbolic beliefs for potential applicants, actual applicants, and military employees, *Human Resource Management*, 46, 51-69.
- LIGER P. (2007), *Le marketing des ressources humaines. Attirer, intégrer, et fidéliser les salariés*, Paris, Dunod, 195 p.
- MACLOUF E., BELVAUX B. (2013), La notoriété d'une entreprise constitue-t-elle un avantage pour le recrutement ?, *24<sup>e</sup> Congrès de l'AGRH*, Université Panthéon-Sorbonne Paris I, Paris, 17 pages.
- MARTIN G., BEAUMONT P., DOIG R., PATE, J. (2005), Branding: A New Performance Discourse for HR?, *European Management Journal*, 23, 76-88.
- MEYSSONNIER R. (2006), Les sources d'attachement à l'entreprise, du point de vue du salarié : l'exemple des ingénieurs, *Revue Gestion des Ressources Humaines*, n°60, avril-mai-juin, pp. 49-69.
- MOULIAS R. (2007), Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique, *Gérontologie et Société*, n°121, pp. 227-249.
- MOSLEY R. W. (2007), Customer experience, organisational culture and the employer brand, *Journal of Brand Management*, 15, 123-134.
- MOWDAY R.T., PORTER L.W., STEERS R.M. (1982), *Employee-organization linkages*, Academic Press.
- NEINER A. G., OWENS W. A. (1985), Using Biodata to Predict Job Choice Among College Graduates, *Journal of Applied Psychology*, 70, 127-136.
- NEVEU J.-P. (1996), *La démission du cadre d'entreprise – Etude sur l'intention de départ volontaire*, Paris, Economica.
- NOSAL E., RUPERT P. (2007), How Amenities Affect Job and Wage Choices over the Life Cycle, *Review of Economic Dynamics*, 10, 424-443.
- PAILLE P. (2005), La fidélité au travail : éléments conceptuels sur la relation employé-organisation, *Gestion 2000*, Novembre-Décembre p. 295-309.
- PANSZUK S., POINT S., (2008), *Enjeux et outils du marketing RH – Promouvoir et vendre les ressources humaines*, Ed. Eyrolles.
- PAVAN R. (2010), The Role of Career Choice in Understanding Job Mobility. LABOU R, *Review of Labour Economics & Industrial Relations*, 24, 107-127.
- PERETTI J-M. (1999), *Dictionnaire des Ressources Humaines*, Editions Vuibert.
- PERETTI J-M., SWALHI A. (2007), Mesure de la fidélité organisationnelle, *18<sup>ème</sup> Congrès de l'AGRH*, Université de Fribourg, Fribourg, Switzerland.

PETIT R. (2008), *Les stratégies de développement du couple attractivité-fidélisation des organisations envers les jeunes entrants sur le marché du travail*, Thèse de doctorant en Sciences de gestion, Université Jean Moulin, 457 pages.

PETIT R. (2012), « Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : éléments de réponse aux problématiques générationnelles » ; *Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme (Rimhe)*. 2012/4 (n°4), novembre pp. 3-26.

PLANE J.-M. (2000), *Méthodes de recherches-interventions en management*, Editions L'Harmattan.

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

PRAHALAD C. K., HAMEL G. (1990), The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, 68(3), 79-91.

PRIEM R.L., BUTLER J.E. (2001), Is the Resource-based View a Useful Perspective for Strategic Management Research? *Academy of Management Review*, 26(1), 22-40.

SAVALL H. (1989), *Enrichir le Travail Humain l'évaluation économique*, Mention spéciale du prix IAE management, Préface de Jacques Delors, Dunod, 1975, nouvelle édition augmentée, Economica, 1989, 276 p.

SAVALL H., ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique. Observer l'objet complexe*, Editions Economica.

SAVALL H., ZARDET V. (1987), *Maîtriser les coûts et les Performances Cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable*, Editions Economica, 6<sup>e</sup> nouvelle édition 2015.

SEKIOU L., BLONDIN L., FABI B., BAYAD M., PERETTI J.-M., ALIS D., CHEVALIER F. (2001), *Gestion des ressources humaines*, DeBoeck Université, collection Management, 2<sup>e</sup> édition.

SCOUARNEC A. (2001), « Vers la création d'un observatoire des métiers du marketing », 1<sup>er</sup> forum sur la prospective des métiers, Caen.

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

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

TISSIOUI M. (2008), « Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soin », *Revue Management et Avenir*, n°17, p 234-258.