Master 2ème année
Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Difficulté de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes

ECUE 7.2
Me Céline TOURNADRE

Vanessa GILLET
Année 2025/2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à l'ensemble des enseignants de l'ESM pour la qualité de leur accompagnement, leurs apports théoriques et méthodologiques, ainsi que leur disponibilité tout au long de ce Master 2. Leur exigence, alliée à leur bienveillance, a constitué une source précieuse d'enrichissement professionnel et personnel. Je remercie tout particulièrement Karine pour le temps accordé et pour ses réponses à mes nombreux questionnements, ainsi que Madame Tournadre, tutrice de mon projet managérial, pour son suivi et ses conseils.

Je remercie également Sophie, mon amie, ainsi que Jessica, ma collègue, pour leur relecture attentive et leurs remarques, qui ont contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Je souhaite aussi remercier Madame Neufcourt, directrice de la résidence de la Châtaigneraie, pour sa confiance, son soutien et l'opportunité qu'elle m'a donnée de mener ce projet managérial au sein de l'établissement. Son appui a été déterminant dans la concrétisation de ce travail.

Mes remerciements s'adressent enfin à mes collègues de promotion, pour les échanges, le partage d'expériences, l'entraide et la solidarité tout au long de cette formation, qui ont largement contribué à la richesse de ce parcours.

Enfin, je tiens à adresser un remerciement tout particulier à mon fils Evann, âgé de 16 ans, pour sa patience, son soutien et sa compréhension durant cette période exigeante. Sa présence et ses encouragements ont été une source essentielle de motivation

Table des matières

ABREVIATIONS 3
INTRODUCTION 5
1. Présentation du contexte 5
1.1 Contexte national 6
1.1.1 Vieillissement de la population et augmentation des besoins en soins 6
1.1.2 Une pénurie de professionnels soignants durablement installée 7
1.1.3 Réformes du système de santé et impacts organisationnels 12
1.1.4 Évolution des attentes professionnelles et rapport au travail 13
1.1.5 Synthèse : impacts sur la continuité et la qualité des accompagnements 14
1.2 Contexte institutionnel 14
1.2.1 Présentation de l'association ADEF Résidences 14
1.2.2 Présentation de la Maison de la Châtaigneraie 15
1.2.3 Territoire de santé 18
1.2.4 Moyens institutionnels et cadres réglementaires 19
1.2.5 Démographie et besoins de santé 22
1.2.6 Organisation des soins au sein de la résidence 24
1.3 Processus de recrutement 25
1.3.1 Au sein de l'association ADEF Résidences 25
1.3.2 Au sein de la résidence 25
2. Cadre conceptuel : attractivité et fidélisation des équipes soignantes 27
2.1 Management générationnel 27
2.1.1 Définir la notion de génération 28
2.1.2 Mixité générationnelle, attractivité et « hôpital magnétique » 28
2.1.3 L'onboarding comme levier intergénérationnel 28
2.1.4 Génération des baby-boomers (1946-1964) 29
2.1.5 Génération X (1965-1980) 30
2.1.6 Génération Y (1981-1996) 30
2.1.7 Génération Z (1997-2010) 30
2.2 L'attractivité des établissements de santé 31
2.2.1 La définition de l'attractivité 31
2.2.2 Les facteurs influençant l'attractivité 31
2.3 La fidélisation des équipes soignantes 32
2.3.1 La définition de fidélisation 32
2.3.2 Les facteurs de la fidélisation 33
2.4 Le management de proximité et le rôle du cadre de santé 33
2.4.1 Le cadre de santé comme acteur central 33
2.4.2 Les pratiques managériales favorisant l'engagement 34

2.5 Reconnaissance et conditions de travail 35
2.5.1 La définition de la qualité de vie et des conditions de travail 35
2.5.2 Lien entre QVCT et fidélisation 36
2.5.3 Fidélisation et qualité des soins 37
2.6 Enjeux éthiques et managériaux de la fidélisation des équipes soignantes 38
2.6.1 Éthique du care et continuité de l'accompagnement 38
2.6.2 Responsabilité managériale du cadre 38
2.6.3 Respect des professionnels et prévention de l'usure 38
2.6.4 Qualité des soins et déontologie 39
3. Le projet managérial 40
3.1 Diagnostic de terrain et constats (Maison de la Chataigneraie) 40
3.1.1 Constats objectivés 40
3.1.2 Constats issus des retours qualitatifs 41
3.2 Conduite de projet et construction du plan d'action 45
3.2.1 Méthodologie de conduite de projet 46
3.2.2 Analyse de l'environnement et attractivité externe 46
3.2.3 Acteurs, parties prenantes et sociogramme 47
3.2.4 Freins et leviers au changement 49
3.2.5 Diagnostic stratégique : SWOT 49
3.3 Plan d'actions 50
3.3.1 Levier 1 : Intégration, sécuriser l'entrée et la prise de poste 51
3.3.2 Levier 2 : Management de proximité, reconnaissance et engagement : consolider le collectif 52
3.3.3 Levier 3 : Conditions d'exercice et accessibilité 53
3.3.4 Levier 4 : Vivier, partenariats, marque employeur et compétences : attirer et fidéliser en amont 54
3.3.5 Planification : Diagramme de Gantt 55
3.4 Suivi et évolution du projet 59
3.4.1 Gouvernance et modalités de suivi 59
3.4.2 Tableau de bord et indicateurs de pilotage 59
3.4.3 Points d'étape et « audits » internes : réunions intermédiaires 59
3.4.4 Réajustements et gestion des risques 60
3.4.5 Premiers résultats, réussites et limites 60
3.4.6 Pérennisation et suites du projet 61
CONCLUSION 62
BIBLIOGRAPHIE 65
ANNEXES .....

ABREVIATIONS

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Aide médico-psychologique

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Aide personnalisée au logement

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hôtelier

ADV : Auxiliaire de vie

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSE : Comité social et économique

DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ETP : Équivalent temps plein

GMP : GIR moyen pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi Hôpital, patients, santé et territoires

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEC : Infirmier coordinateur

IFAS : Institut de formation d'aides-soignants

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PMP : Pathos moyen pondéré

PRS : Projet régional de santé

QCVT : Qualité de vie et des conditions de travail

RH : Ressources humaines

RP : Représentant du personnel

RPS : Risques psychosociaux

SNS : Stratégie nationale de santé

TAD : Transport à la demande

TDBMS : Tableau de bord de la performance médico-sociale

TMS : Troubles musculo-squelettiques

VAE : Validation des acquis de l'expérience

INTRODUCTION

Les établissements de santé et médico-sociaux (ESMS) font aujourd'hui face à des difficultés croissantes de recrutement et de fidélisation des professionnels soignants. La pénurie de personnel, conjuguée à l'augmentation des besoins en soins liée au vieillissement de la population, fragilise l'organisation des structures et met à l'épreuve la continuité ainsi que la qualité des accompagnements proposés. Cette situation constitue un enjeu majeur pour les directions et les équipes d'encadrement, appelées à repenser leurs pratiques managériales afin de garantir la pérennité des organisations.

Inscrit dans ce contexte, le présent projet managérial s'intéresse aux difficultés de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En tant qu'infirmière coordinatrice, positionnée au cœur de l'organisation des soins et du management de proximité, l'observation des tensions sur les effectifs, du recours accru aux remplacements et des difficultés à stabiliser les équipes a fait émerger la nécessité de conduire une réflexion structurée et opérationnelle sur ces enjeux.

Ce projet s'inscrit dans une démarche institutionnelle et stratégique, en cohérence avec les orientations définies par les politiques de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ainsi que les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Il vise à analyser les facteurs influençant l'attractivité et la fidélisation des professionnels soignants, tout en identifiant des leviers managériaux adaptés au contexte spécifique de l'établissement.

Afin de répondre à cette problématique, ce travail s'articule en plusieurs étapes. Dans un premier temps, le contexte national et institutionnel sera présenté afin de situer le projet dans son environnement global et local. Dans un second temps, un cadre conceptuel mobilisant les notions d'attractivité, de fidélisation, de management générationnel et de reconnaissance au travail permettra d'éclairer l'analyse. Enfin, le projet managérial sera développé à travers la présentation des actions envisagées, de leur conduite, de leur suivi et de leur évaluation, avant d'en analyser les résultats attendus, les réussites et les limites.

L'objectif de ce projet managérial est ainsi de proposer une démarche structurée et réaliste, contribuant à l'amélioration de l'attractivité de l'établissement, à la fidélisation des équipes soignantes et, plus largement, à la qualité et à la continuité des soins dispensés aux résidents.

1. Présentation du contexte

Afin d'inscrire ce projet managérial dans une compréhension globale et objectivée de ses enjeux, il apparaît indispensable d'en analyser le contexte d'émergence.
Les difficultés de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes ne peuvent en effet être appréhendées indépendamment de l'environnement national des politiques de santé et des spécificités institutionnelles propres aux établissements médico-sociaux. La première partie de ce travail sera ainsi consacrée à la présentation du contexte national et institutionnel, permettant de situer l'établissement dans son environnement, d'identifier les contraintes et les ressources existantes, et de poser les bases nécessaires à l'analyse conceptuelle et au développement du projet managérial.

1.1 Contexte national

Le système de santé français traverse depuis plusieurs années une période de profondes transformations, marquée par des tensions structurelles sur les ressources humaines soignantes. Les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé s'inscrivent dans un contexte national complexe, combinant évolutions démographiques, réformes organisationnelles, contraintes économiques et transformations des attentes professionnelles.

1.1.1 Vieillissement de la population et augmentation des besoins en soins

La France est confrontée à un vieillissement progressif de sa population, phénomène durablement installé et largement objectivé par les projections démographiques. Cette évolution résulte de plusieurs mécanismes conjoints.

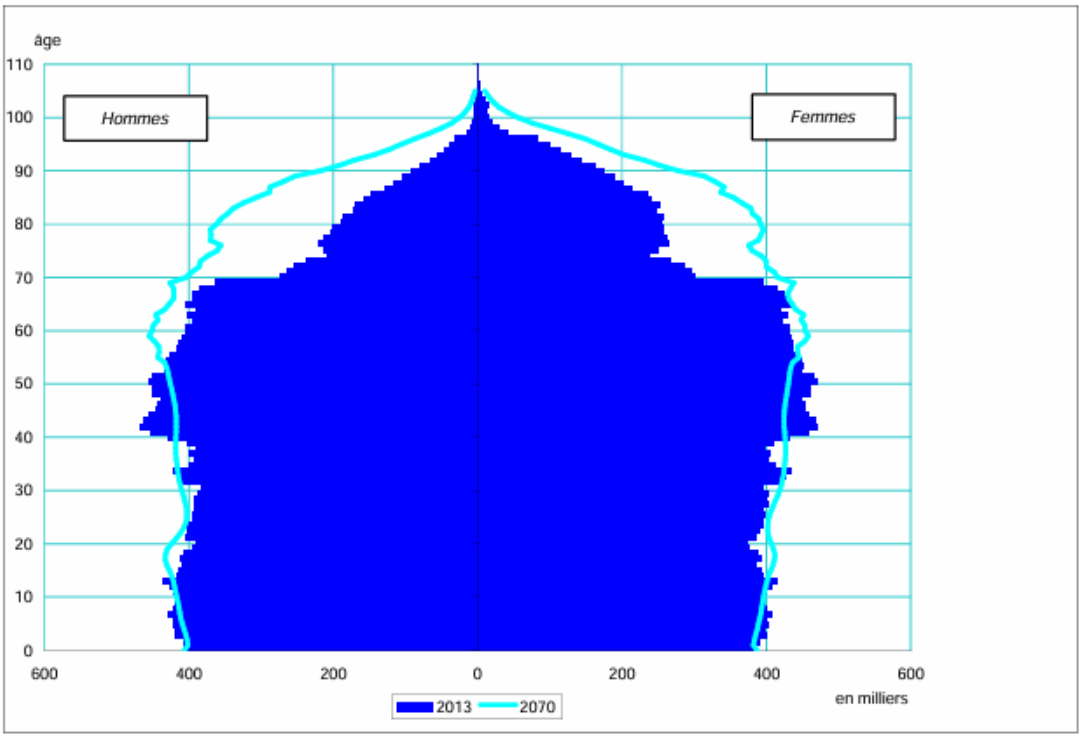
D'une part, l'arrivée à des âges avancés des générations nombreuses du baby-boom augmente mécaniquement le volume des personnes âgées dans la population.

D'autre part, l'allongement de l'espérance de vie contribue à accroître le nombre de personnes atteignant des âges très élevés. Cet allongement s'explique notamment par les progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie, la prévention et la prise en charge plus efficace de pathologies autrefois létales, ainsi que par une réduction de la mortalité à certains âges de la vie.

Enfin, le vieillissement s'inscrit aussi dans une tendance structurelle de long terme liée à la baisse de la fécondité (moins de jeunes générations relativement à la population totale), ce qui contribue à augmenter la part relative des personnes âgées.

Ces évolutions démographiques se traduisent par une hausse des besoins en soins et en accompagnement, particulièrement dans le champ gériatrique et médico-social. L'avancée en âge s'accompagne plus fréquemment de maladies chroniques, de polypathologies et de situations de perte d'autonomie, nécessitant des accompagnements au long cours et des organisations adaptées.
Dans ce contexte, les EHPAD occupent une place centrale dans l'offre d'accompagnement du grand âge, en particulier pour les personnes dont le maintien à domicile devient difficile en raison de la dépendance, de la fragilité ou de l'isolement.

Document 1 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 (France)



Champ : France.
Source : Insee, projection de population 2013-2070.

Source : INSEE, Nathalie Blanpain et Guillemette Buisson, « Projections de population 2013-2070 pour la France », Documents de travail n° F1606, septembre 2018 (version révisée)

La comparaison entre la pyramide des âges de 2013 et la projection à horizon 2070 met en évidence une transformation marquée de la structure démographique. Le document illustre un élargissement progressif des classes d'âge élevées, notamment au-delà de 75 ans, traduisant une augmentation du nombre de personnes très âgées dans la population. Parallèlement, la pyramide tend à prendre une forme « rectangulaire », signe d'un vieillissement généralisé de la population, tandis que la surreprésentation des femmes aux âges les plus avancés s'explique par leur espérance de vie plus élevée. Cette dynamique annonce une augmentation de la demande en soins de longue durée et en accompagnements adaptés, et constitue ainsi un déterminant majeur de la pression exercée sur le secteur médico-social.

Dans le prolongement de ces évolutions démographiques, la création en 2020 d'une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie, pilotée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), vise à structurer le financement du grand âge et de la perte d'autonomie. Cette réforme met toutefois en lumière la tension persistante entre l'augmentation des besoins d'accompagnement et la disponibilité des moyens, notamment en ressources humaines.

1.1.2 Une pénurie de professionnels soignants durablement installée

Les tensions de recrutement observées aujourd'hui dans le secteur sanitaire et médico-social s'inscrivent dans une dynamique de long terme, liée à la fois aux politiques de régulation de la formation, à l'évolution des besoins de santé et aux

conditions d'exercice des métiers du soin. La régulation des effectifs médicaux a longtemps reposé sur le « *numerus clausus* », instauré dans les années 1970, dont la suppression à partir de 2020 s'inscrit dans la réforme « Ma santé 2022 »[1]. Cette évolution vise à augmenter le nombre de professionnels formés, mais ses effets sont nécessairement différés, du fait de la durée des cursus et de la capacité des terrains de stage à accueillir des étudiants.

Dans le secteur médico-social, et particulièrement en EHPAD, la difficulté ne se limite pas à attirer de nouveaux professionnels : elle concerne également la stabilisation des équipes, avec des conséquences directes sur la continuité de service, l'organisation du travail et la qualité de l'accompagnement. Dans un marché de l'emploi soignant particulièrement tendu, la concurrence entre employeurs (secteurs public, privé et associatif) s'intensifie et facilite les mobilités professionnelles, renforçant les difficultés des établissements à recruter et surtout à stabiliser durablement leurs équipes.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) met en évidence que près d'un EHPAD sur deux déclarerait être confronté à des difficultés de recrutement, avec des postes durablement non pourvus (notamment médecins coordonnateurs et aides-soignants). Cette tension est fortement associée à des facteurs structurels tels que la localisation, la pénibilité perçue du travail et les conditions d'exercice.

La pénurie se traduit concrètement par plusieurs phénomènes, observables dans les établissements :

- ✓ Un recours accru aux vacataires/intérim, mobilisés pour assurer la continuité, au prix d'une instabilité des collectifs ;
- ✓ Une augmentation des mobilités (internes/externes) et du turn-over, fragilisant l'expertise et la culture d'équipe ;
- ✓ Une augmentation de l'absentéisme, parfois corrélée à l'usure professionnelle et aux risques psychosociaux (RPS) ;
- ✓ Une dégradation des conditions de travail et de l'ambiance (démotivation, tensions, perte d'entraide), pouvant alimenter un cercle vicieux de départs et de difficultés de remplacement.

[1] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2020, 16 novembre). *Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de l'accès aux études de santé*.

Document 2 : Taux de vacance des postes dans les ESMS (2017 vs 2023)

Évolution du taux de vacance par type d'ESMS

-		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Enfants ESH	Établissements	2,6 %	2,7 %	2,6 %	2,8 %	3,3 %	3,7 %	3,9 %
	Services	4,9 %	4,8 %	4,8 %	5,0 %	5,9 %	6,5 %	6,2 %
Adultes ESH	Établissements	2,6 %	2,7 %	2,8 %	3,3 %	4,4 %	5,1 %	5,2 %
	ESAT	1,7 %	1,8 %	1,9 %	2,1 %	2,3 %	2,6 %	2,3 %
	Services	3,2 %	2,8 %	2,7 %	3,3 %	4,3 %	5,2 %	5,2 %
EHPAD		1,7 %	2,1 %	2,5 %	3,0 %	3,7 %	4,1 %	4,1 %
Services multi-clientèle		2,9 %	3,7 %	4,4 %	5,7 %	7,6 %	8,1 %	7,7 %
TOUS ESMS		**2,1 %**	**2,4 %**	**2,7 %**	**3,2 %**	**3,9 %**	**4,4 %**	**4,5 %**

Source : ANAP (TDBMS 2017-2023), traitements CNSA.

Source : CNSA, Repères statistiques n°24 – Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux, 24 avril 2025 (données TDBMS 2017–2023)

Document 3 : Taux de rotation des personnels dans les ESMS (2018 vs 2023)

Évolution du taux de rotation par type d'ESMS

-		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Enfants ESH	Établissements	18,0 %	18,6 %	18,4 %	22,2 %	23,3 %	21,7 %
	Services	12,5 %	12,6 %	13,1 %	15,7 %	16,4 %	15,1 %
Adultes ESH	Établissements	27,6 %	28,9 %	29,5 %	35,0 %	36,9 %	34,6 %
	ESAT	10,2 %	10,1 %	10,4 %	12,7 %	13,6 %	12,4 %
	Services	12,5 %	13,0 %	12,3 %	14,9 %	16,5 %	15,7 %
EHPAD		19,9 %	21,3 %	22,1 %	23,1 %	25,1 %	25,6 %
Services multi-clientèle		17,5 %	18,0 %	17,7 %	20,1 %	20,3 %	19,8 %
TOUS ESMS		**19,4 %**	**20,5 %**	**21,0 %**	**23,1 %**	**24,8 %**	**24,4 %**

Source : ANAP (TDBMS 2017-2023), traitements CNSA.

Source : CNSA, Repères statistiques n°24 – Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux, 24 avril 2025 (données TDBMS 2017–2023)

Ces constats sont étayés à l'échelle nationale par les indicateurs ressources humaines (RH) issus du tableau de bord de la performance médico-sociale (TDBMS) exploité par la CNSA (documents 2 et 3).
Sur la période 2017–2023, le taux de vacance des postes dans l'ensemble des ESMS augmente nettement, passant de 2,1 % à 4,5 %, avec une accélération marquée entre 2020 et 2021 puis une progression plus modérée jusqu'en 2023. Parallèlement, le taux de rotation progresse, atteignant 24,8 % en 2022, avant une légère inflexion en 2023 (24,4 %), traduisant une instabilité accrue des effectifs.

Ces deux indicateurs se renforcent mutuellement : la vacance accroît la charge et la désorganisation pour les équipes en place, favorisant l'usure et les départs, tandis que la rotation entretient la difficulté à stabiliser durablement les professionnels.

Un focus sur le champ du grand âge confirme que ces tensions concernent fortement les EHPAD. En 2023, les EHPAD présentent un taux de vacance de 4,1 % et un taux de rotation de 25,6 %, des niveaux proches (voire légèrement supérieurs) à la moyenne de tous les ESMS pour la rotation, et qui traduisent une instabilité durable des équipes dans les structures d'hébergement.

Document 4 : Indicateurs de tension dans les EHPAD par statut juridique en 2023

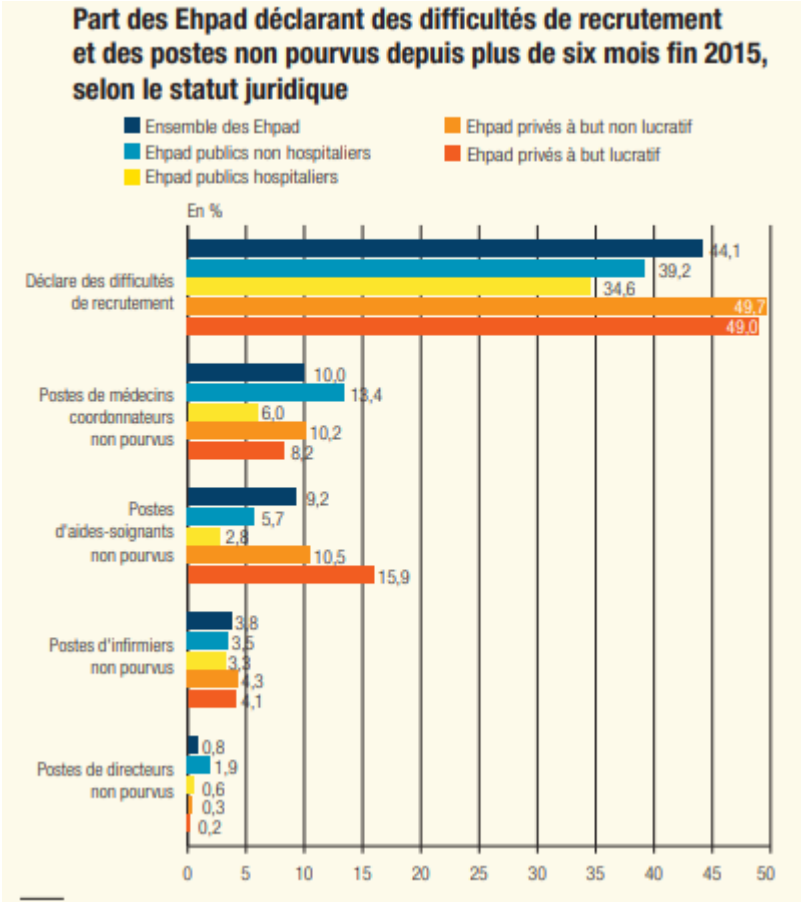
-	Taux d'absentéisme	Taux de vacance	Taux de présence	Taux de rotation
EHPAD privés lucratifs	11,3 %	6,0 %	83,4 %	26,6 %
EHPAD privés non lucratifs	12,8 %	5,5 %	82,5 %	22,8 %
EHPAD publics	10,7 %	2,6 %	87,0 %	27,4 %
TOUS EHPAD	**11,4 %**	**4,1 %**	**85,0 %**	**25,8 %**

Source : ANAP (TDBMS 2023), traitements CNSA.

Source : CNSA, Repères statistiques n°24 – Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux, 24 avril 2025 (données TDBMS 2017–2023)

La CNSA montre en outre des écarts nets selon le statut juridique : en 2023, le taux de vacance atteint 6,0 % dans les EHPAD privés lucratifs et 5,5 % dans les EHPAD privés non lucratifs, contre 2,6 % dans les EHPAD publics ; en matière de rotation, il s'élève à 26,6 % dans le privé lucratif, 22,8 % dans le privé non lucratif et 27,4 % dans le public. Ces résultats objectivent, pour les EHPAD, une tension sur le remplissage des postes (vacance) et une instabilité des équipes (rotation), qui fragilisent directement l'organisation du travail et la continuité des accompagnements.

Document 5 : Part des EHPAD déclarant des difficultés de recrutement en 2015.



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018, juin). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad (Études et Résultats n° 1067)

Ces tendances convergent avec les résultats de la DREES (Document 5), qui met en évidence qu'en 2015, 44,1 % des EHPAD déclarent des difficultés de recrutement, avec des niveaux plus élevés dans le secteur privé (49,7 % dans le privé non lucratif ; 49,0 % dans le privé lucratif) que dans le secteur public (34,6 % dans les EHPAD publics hospitaliers ; 39,2 % dans les EHPAD publics non hospitaliers).
L'écart public/privé peut s'expliquer par plusieurs facteurs structurels. D'une part, certains EHPAD publics (notamment lorsqu'ils sont adossés à un hôpital) peuvent bénéficier d'économies d'échelle et de mutualisations (services supports, organisation), ce qui peut améliorer certaines conditions d'exercice et contribuer à une attractivité relative plus favorable. D'autre part, la littérature souligne l'effet de l'environnement local et de la concurrence entre employeurs : la proximité d'un hôpital, la concurrence entre établissements et l'attractivité d'autres modes d'exercice (notamment libéral pour les infirmiers) influencent la probabilité de départ, tandis que le niveau de salaire joue également un rôle. Ainsi, l'écart observé entre les statuts juridiques ne renvoie pas uniquement à une question de « secteur », mais à une combinaison de déterminants : conditions d'exercice, organisation, concurrence territoriale et attractivité comparative des alternatives d'emploi, qui pèsent directement sur la capacité à recruter… et surtout à fidéliser.

Ces tensions restent d'actualité à court terme. Un article de la presse professionnelle spécialisée (Hospimedia), s'appuyant sur les résultats 2026 de l'enquête « Besoins en main-d'œuvre »[2] publiée par France Travail, souligne que, malgré un recul global des

[2] Deleplace, E. (2026, 23 avril). Les tensions persistent dans le recrutement sanitaire et médico-social en 2026. Hospimedia.

intentions d'embauche au niveau national, le secteur de la santé et de l'action sociale demeure l'un des principaux recruteurs et conserve un niveau élevé de recrutements jugés difficiles par les employeurs. L'article met notamment en évidence la place des aides-soignants, infirmiers/sages-femmes et auxiliaires de vie parmi les métiers les plus recherchés, ainsi que le poids de freins récurrents : manque de candidats, concurrence entre employeurs, conditions de travail (pénibilité, horaires) et enjeu d'attractivité/image du secteur.

Enfin, dans ce contexte de pénurie durable, l'enjeu ne se limite pas au recrutement : il concerne aussi la capacité des établissements à stabiliser les équipes et à prévenir l'usure professionnelle, en agissant sur l'organisation du travail, les conditions d'exercice et le pilotage RH. À cet égard, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a pour mission d'appuyer les établissements sanitaires et médico-sociaux par des actions (méthodes, outils, événements, interventions) élaborées avec les professionnels de terrain .
Pour le champ du grand âge, ces ressources permettent notamment d'outiller des démarches centrées sur des leviers concrets (organisation du temps de travail, intégration, clarification des rôles, pilotage par indicateurs RH), afin de transformer un constat général de « pénurie » en actions organisationnelles réalistes adaptées aux EHPAD.

Ces constats nationaux se traduisent concrètement à l'échelle des établissements, comme le montrera l'état des lieux RH réalisé pour la Maison de la Châtaigneraie dans le contexte institutionnel.

1.1.3 Réformes du système de santé et impacts organisationnels

Les réformes successives du système de santé ont profondément transformé la gouvernance et l'organisation des soins. La loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a notamment renforcé la logique de pilotage territorial en créant les agences régionales de santé (ARS) et en affichant l'ambition de moderniser l'offre de soins dans une logique de coordination et d'efficience. Dans la continuité, la stratégie nationale de santé (SNS) et les réformes récentes (dont le Ségur de la santé) ont consolidé les exigences de qualité/sécurité, d'organisation des parcours et de performance des organisations, tout en cherchant à répondre à la crise d'attractivité des métiers.

Si ces réformes poursuivent des objectifs de modernisation (qualité, sécurité, coordination, efficience), elles ont aussi contribué à une complexification des organisations et à une intensification des contraintes pesant sur les établissements. Ceux-ci sont désormais soumis à des objectifs renforcés de performance et d'efficience, une culture accrue de l'évaluation et de la qualité, des contraintes budgétaires fortes et une densification des procédures et des exigences organisationnelles.

Dans ce contexte, les professionnels soignants expriment fréquemment un sentiment de surcharge, de tension organisationnelle et parfois de perte de sens. Le psychologue du travail Yves Clot[3], dont les travaux portent sur le travail réel et le pouvoir d'agir des professionnels, souligne que le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le « stress » : il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire ».

[3] Yves Clot, *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux* (Paris : La Découverte, 2010).

Ainsi, les réformes successives ont installé une exigence croissante de pilotage et de qualité, rendant nécessaire une approche organisationnelle plus outillée. Dans un contexte de pénurie, l'enjeu n'est pas uniquement d'« optimiser » mais de concevoir une organisation qui permette aux professionnels de réaliser un travail de qualité, condition essentielle de l'engagement et de la fidélisation. Cette articulation entre contraintes institutionnelles, organisation du travail et attractivité constitue un point d'appui central pour la suite du projet managérial.

1.1.4 Évolution des attentes professionnelles et rapport au travail

Parallèlement aux contraintes organisationnelles, le rapport au travail et les attentes des professionnels du soin évoluent. Les tensions de recrutement et de fidélisation ne s'expliquent plus uniquement par un déficit quantitatif de main-d'œuvre, mais également par l'écart croissant entre les attentes des professionnels et les conditions d'exercice proposées. Plusieurs travaux et rapports convergent pour souligner l'importance accordée aujourd'hui à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, à la reconnaissance, aux perspectives d'évolution et à la qualité du management de proximité.

D'une part, la question de l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle apparaît de plus en plus structurante dans les choix de carrière. Dans son analyse des conditions de travail des soignants en EHPAD, la DREES[4] souligne que l'organisation du temps de travail (horaires, planification, temps de repos) constitue un déterminant majeur des conditions d'exercice, notamment au regard de l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle. Cette préoccupation dépasse le seul contexte français : à l'échelle européenne, l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)[5] met en évidence que des conditions de travail difficiles, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter l'activité sont des facteurs majeurs de la crise actuelle des ressources humaines en santé.

D'autre part, l'attente de reconnaissance (symbolique et professionnelle) et de conditions d'exercice permettant un travail de qualité est fortement exprimée. Les démarches de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) insistent sur la place du sens, de la reconnaissance et de la conciliation des temps de vie dans l'engagement au travail. Ces dimensions se combinent à la nécessité de perspectives d'évolution (formation, parcours, responsabilités), qui constituent un facteur de maintien dans l'emploi et de fidélisation, en particulier dans les secteurs en tension comme le grand âge. Sur ce point, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)[6] rappelle récemment que l'attractivité et la fidélisation dans les secteurs sanitaire, social et médico-social supposent un investissement conjoint sur les conditions de travail, la formation et l'accompagnement des managers.

Dans ce contexte, le management de proximité devient un levier déterminant, car il contribue à structurer le fonctionnement quotidien des équipes : clarification des priorités, régulation de la charge de travail, qualité des relations et reconnaissance du travail réalisé. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)[7] rappelle que ce management joue un rôle central pour ajuster les objectifs

---

[4] *Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016, septembre). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés (Les Dossiers de la DREES, No. 5)*

[5] Organisation de coopération et de développement économiques. (2024). Health at a Glance: Europe 2024. Paris, France : OECD Publishing

[6] IGAS, publications 2026 sur l'attractivité des métiers sanitaire/social/médico-social et autonomie.

[7] Anact, *QVCT : 4 bonnes résolutions pour 2024* (2024)

aux ressources disponibles et valoriser les efforts, ce qui soutient l'engagement des professionnels et favorise leur maintien dans l'établissement.

Ainsi, le management intergénérationnel devient un enjeu central : les nouvelles générations de soignants manifestent souvent une exigence accrue de sens, d'autonomie, de reconnaissance et de conciliation des temps, ce qui interroge les pratiques managériales traditionnelles. Le sociologue Norbert Alter, spécialiste des dynamiques de coopération au travail, souligne que l'engagement et la coopération ne se décrètent pas : ils se construisent au sein des collectifs et reposent sur un management de proximité capable de « donner du sens »[8]. Dès lors, le rôle du cadre de santé est amené à évoluer : au-delà des fonctions de gestion, il devient un acteur du soutien, de la reconnaissance, de l'organisation du travail et de la fidélisation, en créant les conditions permettant aux professionnels d'exercer un travail de qualité et de se projeter durablement dans l'établissement.

1.1.5 Synthèse : impacts sur la continuité et la qualité des accompagnements

Les éléments développés précédemment montrent qu'au niveau national, le vieillissement démographique, les tensions structurelles sur les métiers du soin, les transformations organisationnelles et l'évolution des attentes professionnelles se combinent et fragilisent durablement les organisations de soins et d'accompagnement. Concrètement, la vacance de postes et la rotation des personnels affaiblissent les collectifs de travail, réduisent la continuité relationnelle et rendent plus difficiles les transmissions d'informations et de compétences. Elles augmentent également la variabilité des pratiques et la désorganisation, ce qui peut altérer la fiabilité des accompagnements et la sécurisation des prises en soins, particulièrement dans le secteur du grand âge. Dès lors, ces constats justifient le développement de stratégies managériales centrées sur la stabilisation des équipes, en agissant à la fois sur l'organisation du travail, les conditions d'exercice, l'intégration et le management de proximité, afin de garantir la continuité et la qualité des accompagnements.

La partie suivante vise ainsi à situer ces problématiques dans le contexte institutionnel et local de l'association ADEF Résidences et de la Maison de la Châtaigneraie, afin d'objectiver les facteurs spécifiques influençant le recrutement et la fidélisation au sein de l'établissement.

1.2 Contexte institutionnel

1.2.1 Présentation de l'association ADEF Résidences

ADEF Résidences est une association à but non lucratif de droit privé (Loi 1901) qui œuvre depuis 31 ans pour l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap avec 43 EHPAD, 4 résidences autonomie, 15 résidences handicaps et 2 centres de vacances dont le siège se trouve à Ivry Sur Seine.

Les valeurs de l'association pour l'accompagnement des personnes vulnérables :

[8] Alter, Norbert. « Le paradigme du don : critique, ou leçon de management ? » Réalités industrielles (février 2011), p. 46-51 (citation p. 49).

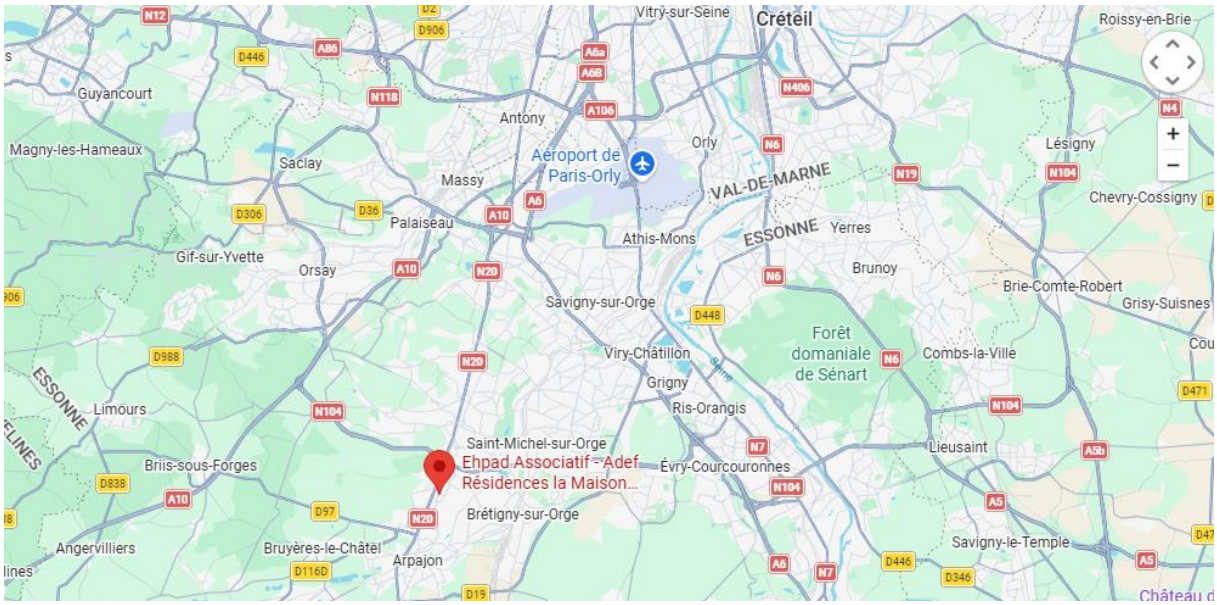
- ✓ **L'utilité sociale :** l'Association est à but non lucratif et répond aux besoins du plus grand nombre en pratiquant des tarifs d'équilibre compatibles avec l'habilitation à l'aide sociale.
- ✓ **La relation :** l'entrée en Établissement est un moment de vie qui interroge la personne sur son identité et ses liens sociaux. Ils portent toute leur attention sur ce lien social fondamental à tous.
- ✓ **L'écoute :** les personnes en situation de dépendance ne sont pas toujours réellement écoutées dans leur dimension existentielle, pourtant la plus fondamentale. Les travaux menés par l'Association visent à faire évoluer les pratiques professionnelles.
- ✓ **La singularité :** chaque Résident est un être unique et différencié. Toutes leurs approches sont fondées sur le respect de cette singularité en Établissement.

Les actions quotidiennes sont guidées par une organisation rigoureuse, et des valeurs internes fortes, incarnées par ses professionnels :

- ✓ **L'esprit d'équipe :** valeur relationnelle, c'est raisonner en termes d'actions bénéfiques à tous, et aider à construire la compétence collective.
- ✓ **Le professionnalisme :** valeur de compétence, c'est être rigoureux, tenir ses engagements et réaliser ses objectifs dans les délais.
- ✓ **Le respect de la dignité :** valeur morale, c'est tenir compte de la personnalité des résidents et veiller en permanence à leur bien-être.
- ✓ **L'innovation :** valeur conquérante, c'est faire preuve de créativité pour améliorer les performances, et relever les défis qui s'imposent à eux.

1.2.2 Présentation de la Maison de la Châtaigneraie

La Maison de la Châtaigneraie est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes autorisé par arrêté en date du 12 janvier 2007 pour une capacité de 84 lits dont 4 places d'accueil temporaire et un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 10 places. La résidence est habilitée 100% à l'aide sociale et est conventionné à l'aide personnalisée au logement (APL). Elle a ouvert le 2 mai 2012 suite à un avis favorable de la commission de sécurité départementale.



L'établissement est situé à Leuville-sur-Orge, commune du département de l'Essonne (91) séparée par une trentaine de kilomètres de Paris. Il est positionné dans une zone pavillonnaire en périphérie de la ville. Étant peu accessible en transport en commun,

le projet architectural de l'établissement comprend 2 espaces de stationnement ce qui correspond aux besoins des professionnels, aux proches et aux partenaires.



Le bâtiment est réparti sur 3 niveaux et se décompose en 3 types de locaux :

- ✓ Les locaux à usage collectif : Les unités de vie (petits salons, les circulations accessibles sans restriction aux résidents, les salles d'activités, les offices, l'infirmerie accessibles aux résidents sur accord du personnel…)
- ✓ Les locaux à usage collectif non accessibles aux résidents et accessibles au personnel (locaux destinés à recevoir les produits d'entretien, le matériel...).
- ✓ Les locaux à usage privé : Les chambres sont réparties sur 3 niveaux (28 chambres par niveau). La chambre mise à disposition du résident doit être considérée comme le domicile du résident. Le mobilier fourni par l'établissement est adapté aux personnes accueillies.

L'établissement dispose d'un jardin intérieur (patio) et un jardin extérieur.

La Maison de la Chataigneraie accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, dans le respect des capacités d'accompagnement de l'établissement. Sur dérogation, des personnes âgées de moins de 60 ans peuvent également être accueillies.

Les personnes accueillies au sein de la résidence sont avant tout identifiées par la perte d'autonomie qui est le facteur majeur influant sur le choix de l'institutionnalisation. Cette altération des capacités peut avoir différentes origines (maladies, chutes, vieillissement normal ou pathologique) et se traduit à différents niveaux :

- ✓ Des difficultés à accomplir les gestes de la vie quotidienne
- ✓ Des difficultés à subvenir à ses besoins fondamentaux
- ✓ Atteintes de polypathologies
- ✓ Un maintien à domicile difficile ou impossible car dangereux pour l'intégrité physique et/ou psychique de la personne.
- ✓ Des personnes souvent isolées.

Afin de répondre aux besoins des résidents accueillis, la résidence propose plusieurs types d'accompagnements :

- ✓ **L'unité classique** correspond au secteur d'hébergement destiné aux résidents présentant une perte d'autonomie nécessitant une aide partielle ou importante dans les actes de la vie quotidienne, sans troubles neurocognitifs majeurs nécessitant un environnement sécurisé (type unité protégée). La prise en charge y repose sur un accompagnement global, articulant soins, aide à la vie quotidienne et soutien relationnel, dans le respect du projet personnalisé du résident et de son rythme de vie.

- ✓ **L'unité protégée** accueille 14 personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés, lorsque ces troubles peuvent compromettre leur sécurité et leur qualité de vie en unité classique, notamment en présence de déambulation et de risque de sortie inopinée. L'accompagnement y est adapté à la spécificité des troubles cognitifs, avec un environnement sécurisé et des pratiques centrées sur le maintien des repères et la prévention des situations à risque.

- ✓ **L'hébergement temporaire** permet de venir en appui du proche aidant, notamment lors de situations difficiles, tout en renforçant la qualité de l'accompagnement à domicile. Il constitue également une étape permettant à la personne âgée de découvrir l'organisation d'un EHPAD, et éventuellement d'envisager ensuite une entrée en hébergement permanent. L'intégralité des prestations et des accompagnements présents au sein de la résidence est proposée au résident.

- ✓ **Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA),** accueillant au maximum 10 résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté, vise à maintenir au maximum l'autonomie et les liens sociaux grâce à des activités thérapeutiques et sociales, en favorisant les approches non médicamenteuses et en retardant autant que possible l'apparition de dépendances sévères.

Les spécificités de cette population, les pathologies liées à l'âge, la fragilité des personnes accueillies sont autant de facteurs qui viennent influer sur le fonctionnement et l'organisation des établissements médico-sociaux.

Un état des lieux des ressources humaines permet de situer l'organisation de la résidence et les contraintes de fonctionnement au moment de mon arrivée en **février 2024**. L'établissement est piloté par une directrice et s'appuie sur une infirmière coordinatrice (IDEC). Les fonctions supports comprennent une responsable hôtelière encadrant une équipe d'agents de service hôtelier (ASH), une assistante de direction, une secrétaire, ainsi qu'un médecin coordonnateur intervenant en télécoordination. L'accompagnement des résidents est également assuré par des professionnels paramédicaux et psychosociaux : deux psychomotriciennes à mi-temps, une psychologue, une ergothérapeute à 0,2 équivalent temps plein (ETP) et un coordinateur de vie sociale.
Sur le plan soignant, l'organisation en roulement comprend une équipe de nuit composée de six soignants (aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) ou accompagnants éducatif et social (AES)) et une équipe de jour dimensionnée à 28 soignants (AS/AMP/AES/auxiliaires de vie). À mon arrivée, la résidence faisait face à une instabilité importante des effectifs : sur les 28 soignants de jour, seuls 11 étaient des salariés fixes en contrat à durée indéterminée (CDI), impliquant un recours important aux remplacements et une fragilisation des repères collectifs (intégrations répétées, variabilité des pratiques, surcharge pour les équipes présentes). Concernant l'équipe infirmière (IDE), la résidence ne disposait pas d'IDE en poste fixe au moment de mon arrivée, ce qui renforçait les tensions d'organisation (coordination des soins, continuité et sécurisation du circuit).

Cette situation doit être replacée dans un contexte national de tension durable sur les métiers du soin en EHPAD, où la problématique dépasse le seul recrutement et concerne fortement la stabilisation des équipes. Elle traduit, à l'échelle de l'établissement, des mécanismes déjà décrits dans la partie « contexte national » : instabilité des effectifs, intégrations répétées et surcharge organisationnelle.

À l'échelle territoriale, ces difficultés peuvent être renforcées par plusieurs déterminants locaux : concurrence entre employeurs (public/privé/associatif), attractivité relative du secteur EHPAD et contraintes de mobilité liées à l'accessibilité. La localisation périurbaine de la résidence, avec un accès limité en transports en commun, constitue un facteur supplémentaire susceptible d'influencer le recrutement et la fidélisation (temps de trajet, organisation familiale, amplitude horaire).

Cette photographie RH constitue le point de départ du projet : l'évolution des effectifs fixes et de la structuration de l'équipe soignante sera présentée ultérieurement dans la partie consacrée aux premiers résultats et aux réussites, afin de mesurer l'impact des actions engagées sur la stabilisation des équipes.

1.2.3 Territoire de santé

La Maison de la Châtaigneraie s'inscrit dans le territoire francilien, dont la politique régionale de santé est définie par l'ARS Île-de-France à travers le projet régional de santé (PRS) 2023–2028, feuille de route structurante fixant les priorités et actions en matière de prévention, d'organisation des soins et d'offre médico-sociale. Dans ce cadre, le secteur du grand âge se trouve confronté à des enjeux de continuité d'accompagnement et de disponibilité des ressources humaines, qui se déclinent de manière spécifique selon les réalités locales (attractivité, densité d'établissements, accessibilité, bassins d'emploi).

Accessibilité et attractivité territoriale

Au regard de la localisation de l'établissement (commune périurbaine, accessibilité limitée en transports en commun), l'attractivité territoriale constitue un déterminant majeur du recrutement. Les contraintes de mobilité peuvent influencer directement la capacité à attirer des candidats, notamment les jeunes professionnels et étudiants, ainsi que la fidélisation sur le long terme (temps de trajet, coût et fatigue liés aux déplacements). À l'échelle du territoire, la disponibilité des emplois, les niveaux de rémunération perçus et les conditions d'exercice comparées entre établissements contribuent également à la mobilité professionnelle.

Au-delà de ces éléments, l'établissement s'inscrit dans un champ d'activité dont l'attractivité est parfois plus fragile : les postes en EHPAD, centrés sur l'accompagnement de la personne âgée dépendante, peuvent apparaître moins attractifs pour une partie des candidats que d'autres secteurs (sanitaire, spécialités techniques, exercice libéral), en raison d'une pénibilité perçue, d'une charge émotionnelle et de représentations parfois défavorables du grand âge. Cette attractivité « sectorielle » plus limitée renforce la tension sur le recrutement local et nécessite de renforcer les facteurs de stabilisation internes.

Concurrence entre employeurs du territoire (public / privé / associatif)

Le recrutement dans le champ gériatrique s'effectue dans un marché de l'emploi tendu, où la concurrence entre employeurs (secteurs public, privé et associatif) est renforcée. Cette concurrence se traduit par une mobilité professionnelle facilitée, notamment lorsque des établissements proches proposent des conditions perçues comme plus favorables (organisation du temps de travail, équilibre vie personnelle/vie professionnelle, environnement de travail, perspectives d'évolution). Dans ce contexte, la capacité d'un EHPAD à se différencier repose sur des leviers concrets du quotidien : lisibilité de l'organisation, cohérence des plannings, qualité de l'accueil

des nouveaux, accompagnement managérial et possibilités de progression, autant d'éléments susceptibles de réduire le turn-over et de stabiliser les équipes.

Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)/Institut de formation aide-soignant (IFAS) : un vivier territorial stratégique

La présence d'IFSI et d'IFAS sur le territoire (ou à proximité) constitue un levier déterminant : les stages représentent une voie d'entrée privilégiée vers l'emploi (pré-recrutement), à condition d'être accompagnés par une politique d'accueil structurée (tutorat, référents de stage, parcours d'intégration, retours d'expérience). Dans cette perspective, développer des partenariats formalisés avec les instituts de formation (conventions, journées de rencontre, immersion, participation aux forums) permet de renforcer la visibilité de l'établissement et d'augmenter les opportunités de recrutement à moyen terme.

Évolutions des référentiels de formation

Les référentiels de formation évoluent et renforcent l'intérêt d'une politique d'encadrement des apprenants.

Le diplôme d'État d'aide-soignant a été réformé par l'arrêté du 10 juin 2021[9], avec de nouveaux référentiels de formation et de certification, réaffirmant les exigences de compétences et la place de l'alternance et des terrains de stage.

Du côté infirmier, le cadre réglementaire du diplôme d'État a également évolué : l'arrêté du 20 février 2026[10] actualise le diplôme d'État d'infirmier et son référentiel. Dans ce contexte, le territoire de santé (via ses instituts et terrains) devient un espace stratégique de professionnalisation : la qualité de l'accueil en stage, l'accompagnement des compétences et la capacité de l'établissement à proposer un cadre de travail apprenant peuvent influencer directement l'attractivité auprès des futurs professionnels.

En synthèse, le territoire de santé constitue à la fois une contrainte (accessibilité, concurrence entre employeurs) et une opportunité (présence d'un vivier IFSI/IFAS, stages). Ces déterminants sont renforcés par le fait que le secteur du grand âge en EHPAD peut apparaître moins attractif pour une partie des candidats, ce qui accentue la tension locale. Ils justifient l'inscription du projet managérial dans une stratégie de partenariats et de fidélisation en amont du recrutement, articulant accueil, intégration et valorisation de l'établissement, en cohérence avec les orientations régionales de santé et les évolutions de la formation des professionnels.

1.2.4 Moyens institutionnels et cadres réglementaires

Le fonctionnement de la Maison de la Châtaigneraie s'inscrit dans un cadre institutionnel et réglementaire structurant, qui conditionne à la fois l'organisation de l'activité, le pilotage des ressources humaines, et les marges de manœuvre financières. Dans un contexte de tension sur les effectifs, les documents de référence constituent des leviers de pilotage, mais aussi des contraintes qui influencent directement la capacité de l'établissement à recruter et fidéliser les équipes.

[9] France. (2021). Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. Journal officiel de la République française.

[10] *France, Décret n° 2026-130 du 20 février 2026 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'État d'infirmier, Journal officiel de la République française, 20 février 2026.*

Le CPOM

Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est un document contractuel conclu entre l'établissement et les autorités de tutelle (notamment l'ARS et le conseil départemental). Il fixe, sur une période pluriannuelle (généralement cinq ans), des objectifs à atteindre, les moyens associés et des indicateurs de suivi. Pour la Maison de la Châtaigneraie, le CPOM en vigueur est daté du 7 juillet 2025.

Au-delà de sa dimension réglementaire, le CPOM constitue un cadre de pilotage directement lié au projet managérial : il inscrit l'établissement dans une trajectoire attendue en matière de qualité des accompagnements, de continuité de service et de maîtrise des ressources. Dans un contexte de tension sur les effectifs soignants, la stabilisation des équipes apparaît comme un déterminant transversal : elle conditionne la capacité à répondre aux exigences de qualité et de sécurité tout en limitant les désorganisations liées aux remplacements répétés. À l'inverse, une vacance durable des postes et un recours important à des remplacements peuvent fragiliser les collectifs de travail, altérer la continuité des accompagnements et générer des surcoûts.

Sur le plan économique, les dotations encadrent les capacités de financement de l'activité et rendent particulièrement visibles les enjeux liés aux dépenses de personnel et de remplacement. La décision de dotations 2025 fait apparaître, pour l'EHPAD La Maison de la Châtaigneraie, des montants ventilés par activité (hébergement permanent : 1 693 011,75 €, PASA : 68 892,33 €, hébergement temporaire : 51 743,20 €), illustrant la nécessité de maintenir un équilibre entre activité, qualité attendue et soutenabilité financière.

Dans cette perspective, la fidélisation constitue un levier de soutenabilité : stabiliser les équipes permet de réduire la vacance et, par conséquent, de limiter le recours à des remplacements coûteux (contrat à durée déterminée (CDD)/vacations), tout en diminuant les coûts indirects liés aux intégrations répétées, à la surcharge et aux désorganisations.

Document 6 : Coût des vacataires IDE/AS et ETP intérim/CDD

	COÛT DES VACATAIRES IDE ET SOIGNANTS				NOMBRE D'ETP				
	IDE		AS/AMP		IDE		AS/AMP		
	Intérim	CDD	Intérim	CDD	Intérim	CDD	Intérim	CDD	
2020	4 550,72 €	103 875,46 €	13 804,33 €	272 178,15 €		1,83		8,56	
2021	105,39 €	35 795,08 €	9 161,02 €	182 242,58 €		0,58		4,25	
2022	6 855,36 €	44 057,68 €	1 180,00 €	189 342,06 €		0,68		4,04	
2023	30 423,44 €	61 542,88 €	0,00 €	290 697,99 €		0,95		6,11	
2024	147 792,29 €	71 381,14 €	1 845,89 €	400 861,81 €	2,01	1,08	0,03	8,21	
2025	76 142,47 €	121 743,91 €	0,00 €	454 580,16 €	1,03	1,89		9,19	*à fin novembre 2025*
Total	265 869,67 €	438 396,15 €	25 991,24 €	1 789 902,75 €					

CDD	source HRI
Intérim	source Cegid
621100001	compte d'interim IDE
621100002	compte d'interim AS/AMP

Source : service de contrôle de gestion du siège ADEF Résidences envoyé en décembre 2025

Les données issues du service de contrôle de gestion du siège d'ADEF Résidences sur la période 2020–2025 (arrêtés à fin novembre 2025) mettent en évidence un recours significatif aux vacataires (CDD et intérim) et un niveau de dépense très élevé, avec un coût total cumulé d'environ 2,52 M€ sur la période considérée.
L'évolution des dépenses montre une hausse marquée à partir de 2023 : le coût annuel des remplacements passe de 227 304€ en 2021 à 382 664€ en 2023, puis atteint

621 881€ en 2024. En 2025, le coût atteint déjà 652 466€ à fin novembre, ce qui traduit une persistance de la tension RH et laisse présager un niveau annuel supérieur à celui de 2024.
L'analyse par catégorie met en évidence que les remplacements côté AS/AMP en CDD constituent le principal poste de dépense sur l'ensemble de la période : en 2024, ils représentent à eux seuls 400 861€ (soit la majorité du total annuel), pour environ 8,21 ETP mobilisés ; en 2025, ils s'élèvent à 454 580€ pour environ 9,19 ETP. Les coûts associés aux IDE sont également significatifs, avec une hausse notable du recours à l'intérim IDE (147 792€ en 2024 pour 2,01 ETP).
En proportion, le poids de l'intérim augmente fortement en 2024 (environ 24 % des dépenses annuelles), alors qu'il restait nettement plus faible les années précédentes, ce qui peut traduire une difficulté accrue à pourvoir certains besoins en personnel par des CDD ou par des effectifs titulaires.

Ces éléments confirment que la stabilisation des équipes constitue un enjeu financier majeur : limiter la vacance, réduire les départs et sécuriser l'intégration permettrait de diminuer le recours aux remplacements coûteux et d'inscrire l'établissement dans une trajectoire compatible avec les objectifs du CPOM. Ainsi, la fidélisation apparaît à la fois comme un levier RH (continuité des accompagnements, qualité, sécurité) et un levier économique (maîtrise des coûts de remplacement, réduction des surcoûts d'intérim, limitation des désorganisations).

Au-delà de l'enjeu budgétaire, ces surcoûts de remplacement peuvent être interprétés comme un indicateur indirect de tension organisationnelle et de fragilisation des collectifs de travail. L'analyse des causes (absentéisme, pénibilité, contraintes organisationnelles, risques psychosociaux) relève directement de la prévention des risques professionnels et trouve un cadre structurant dans le DUERP, qui permet d'objectiver les facteurs d'usure et de définir des actions de prévention contribuant, à terme, à la fidélisation des équipes.

Le DUERP

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels, mis à jour le 28 mars 2025, constitue un outil structurant pour la Maison de la Châtaigneraie : il permet d'identifier les principales expositions auxquelles sont confrontés les professionnels et de prioriser des actions de prévention. Les risques recensés reflètent les réalités du travail en EHPAD : risques biologiques (notamment liés aux soins et à la gestion du linge souillé), contraintes physiques exposant aux troubles musculosquelettiques (manutentions, postures contraignantes, gestes répétitifs, en particulier sur certains postes comme la lingerie), ainsi que des risques psychosociaux associés à la charge émotionnelle, à la relation d'aide et aux interactions avec les familles (stress, tensions, agressivité verbale). Le DUERP met également en lumière des vulnérabilités spécifiques au travail de nuit (fatigue, troubles du sommeil, isolement professionnel).

Au-delà de l'obligation réglementaire, ces risques influencent directement la dynamique RH de l'établissement. Lorsque les expositions se cumulent (pénibilité, charge émotionnelle, horaires), elles favorisent la fatigue et l'usure professionnelle, pouvant se traduire par une hausse des arrêts de travail et donc de l'absentéisme. Cet absentéisme fragilise l'organisation quotidienne : réajustements fréquents des plannings, surcharge pour les équipes présentes, diminution des capacités de transmission et de tutorat, autant de facteurs susceptibles d'alimenter la démotivation et les départs.

Dans ce contexte, le recours aux remplacements (CDD, vacations) devient un moyen de maintenir la continuité des accompagnements, mais il accroît l'instabilité des

collectifs et génère des surcoûts, objectivés par les données du contrôle de gestion sur le coût des vacataires. Dès lors, la prévention portée par le DUERP devient un levier stratégique de fidélisation : agir sur les déterminants de l'usure (prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), sécurisation des pratiques, ajustements organisationnels, soutien managérial face aux situations difficiles, réduction de l'isolement la nuit) contribue à réduire l'absentéisme, à limiter le recours aux remplacements et à créer des conditions plus favorables à la stabilisation des équipes.

Le Projet d'établissement

Le Projet d'établissement, rendu obligatoire par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, constitue le document de référence qui fixe les orientations et les priorités de fonctionnement de l'établissement sur une période pluriannuelle.

À la Maison de la Châtaigneraie, le projet 2022–2027 s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et décline plusieurs axes stratégiques. Dans le cadre du présent projet managérial, l'attention se porte plus spécifiquement sur l'axe 7, consacré à la qualité de vie et des conditions de travail, car il constitue un levier direct de fidélisation des équipes soignantes.
Cet axe vise à promouvoir une politique de QVCT à travers des mesures concrètes : remise en place de groupes de parole avec les psychologues du siège, réaménagement des espaces de travail, amélioration des équipements (notamment en lingerie) et mise en œuvre d'un roulement régulier des équipes dans les étages afin de limiter l'usure et la monotonie de certains postes. Cet axe est directement en cohérence avec la problématique de recrutement et de fidélisation : améliorer les conditions d'exercice, reconnaître la charge réelle du travail et agir sur les facteurs de pénibilité contribuent à réduire l'absentéisme, à prévenir le turn-over et à renforcer l'attractivité interne de l'établissement.
Ainsi, l'axe 7 du Projet d'établissement fournit un cadre institutionnel légitimant les actions de management de proximité et d'organisation du travail proposées dans le présent projet managérial.

L'évaluation externe

L'évaluation externe réalisée en novembre 2024 constitue un document de référence structurant pour l'établissement, en apportant un regard tiers sur la qualité des accompagnements et les conditions d'organisation. Au-delà des exigences réglementaires, elle permet d'objectiver des points d'appui et des axes d'amélioration qui peuvent influencer la continuité des accompagnements et le fonctionnement des équipes. Dans le cadre du présent projet managérial, ce rapport est mobilisé comme un diagnostic externe venant compléter les constats internes (CPOM, DUERP, données ressources humaines/contrôle de gestion), afin d'identifier des leviers concrets d'attractivité et de fidélisation.

1.2.5 Démographie et besoins de santé

La Maison de la Châtaigneraie s'inscrit dans un territoire marqué par un vieillissement progressif de la population, avec des besoins croissants en accompagnement médico-social. À l'échelle communale, Leuville-sur-Orge compte 4 307 habitants en 2022[11]. Même si la commune conserve une structure relativement familiale, la part des personnes âgées y est significative : en 2018, les 65 ans ou plus représentent environ 14 à 15 % de la population, avec une proportion notable de 75 ans et plus[12]. À l'échelle

[11] Source INSEE – Comparateur de territoires (population 2022).
[12] Source INSEE – "Évolution et structure de la population en 2018" (tables d'âge).

départementale, l'Essonne compte 17,3 % de personnes âgées de 65 ans ou plus[13], signe d'un vieillissement désormais bien installé. Les projections confirment cette dynamique : à l'horizon 2040, la part des 65 ans ou plus dans le département augmenterait d'environ 15 % à 20 %, avec une progression plus marquée des 75 ans ou plus[14].

Ces évolutions démographiques se traduisent par une augmentation des situations de perte d'autonomie et des besoins de soins de longue durée. À l'échelle nationale, la DREES rappelle qu'en 2023, 9,1 % des 65 ans ou plus sont bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et que la proportion atteint 50 % chez les 90 ans ou plus, illustrant la concentration de la dépendance aux âges élevés[15]. La CNSA souligne par ailleurs le poids croissant des dépenses et des besoins liés à l'autonomie, dans un contexte de structuration de la branche autonomie de la sécurité sociale[16]. Pour un EHPAD, ces tendances se traduisent concrètement par une population accueillie présentant souvent des polypathologies, une fragilité accrue (risque de chutes, dénutrition, iatrogénie), et des troubles neurocognitifs plus fréquents, nécessitant une adaptation continue des organisations (charges en soins, compétences, continuité).

Au-delà des données démographiques, le niveau de dépendance et l'intensité des besoins en soins peuvent être objectivés par deux indicateurs de référence en EHPAD : le GIR moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP).
Le GMP mesure le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents, à partir de la grille AGGIR : plus le GMP est élevé, plus la dépendance moyenne est importante. Le PMP reflète, quant à lui, la charge en soins médico-techniques et les besoins de soins des résidents (évaluation PATHOS), et constitue un indicateur de l'intensité des soins requis.

À la Maison de la Châtaigneraie, ces indicateurs traduisent une population très dépendante avec des besoins en soins élevés : au 10 mai 2026, le GMP est de 768 et le PMP de 272. L'âge moyen des résidents est de 91 ans, avec des âges allant de 65 à 101 ans. Ces valeurs situent l'établissement au-dessus des repères observés à l'échelle régionale et nationale.

En Île-de-France, les valeurs médianes rapportées pour les EHPAD sont de 738 pour le GMP et 221 pour le PMP[17].

À l'échelle nationale, des éléments de comparaison indiquent un GMP « national » autour de 744 et un PMP « national » autour de 225 (repères issus d'un tableau de bord régional s'appuyant sur des données nationales). Ces écarts renforcent l'idée que la résidence accompagne une population particulièrement âgée, avec une dépendance importante et une intensité de soins élevée, impliquant une charge en soins et une complexité de prise en charge accrues. À titre d'ordre de grandeur, l'âge moyen des résidents en EHPAD est estimé à 87,3 ans dans une synthèse régionale basée sur les données du tableau de bord de la performance, ce qui confirme que l'âge moyen observé à la Châtaigneraie (91 ans) correspond à une population plus âgée que la moyenne[18].

[13] Source INSEE – Dossier complet Essonne, tableau population par âge (RP2022).
[14] INSEE, *Projections démographiques de l'Essonne à l'horizon 2040* (Insee Flash Île-de-France, n° 84), 2023.
[15] DREES, *L'aide sociale des départements en 2023*, 27 décembre 2024.
[16] NSA, *Présentation et missions de la CNSA*, s. d.
[17] Agence régionale de santé Île-de-France. (s.d.). Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : repères régionaux (GMP/PMP, EHPAD
[18] Agence régionale de santé Centre-Val de Loire. (s.d.). Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : repères (GMP/PMP, EHPAD)

À l'échelle de l'établissement, ces éléments chiffrés (GMP, PMP et âge moyen) confirment une prise en charge de résidents très âgés et fortement dépendants, impliquant une intensité de soins et d'accompagnement élevée. Cela renforce, pour la Maison de la Châtaigneraie, l'importance stratégique de disposer de professionnels formés et stables, condition essentielle de la qualité et de la sécurité des accompagnements.

Ces caractéristiques démographiques et cliniques renforcent la nécessité d'une organisation des soins ajustée à une charge en soins élevée, et expliquent l'importance stratégique du recrutement et de la fidélisation des équipes dans l'établissement.

1.2.6 Organisation des soins au sein de la résidence

L'organisation des soins à la Maison de la Châtaigneraie est structurée afin de garantir la continuité, la sécurité et la qualité des accompagnements auprès d'une population âgée dépendante, souvent polypathologique et présentant des besoins en soins complexes. Le fonctionnement s'appuie sur une prise en charge globale intégrant à la fois les soins techniques, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et la dimension relationnelle, en articulation avec le projet personnalisé de chaque résident.

L'établissement est organisé en plusieurs modalités d'accompagnement (unité classique, unité protégée, accueil temporaire, PASA), ce qui implique une adaptation permanente des ressources et des compétences mobilisées. Les équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants/AMP/AES/auxiliaires de vie selon l'organisation interne) sont amenées à intervenir sur des situations de dépendance variées, nécessitant une vigilance particulière en matière de prévention des risques (chutes, dénutrition, douleur, troubles cognitifs), et une coordination étroite avec les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans l'établissement (médecin coordonnateur, médecins traitants, kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychomotriciens…).

Le pilotage quotidien de cette organisation repose sur les plannings, qui constituent un outil central de régulation : ils doivent concilier continuité des soins, répartition équitable de la charge de travail, prise en compte des compétences, respect du droit du travail et gestion des absences. Dans un contexte de tension RH, la qualité du pilotage des plannings devient déterminante, car toute vacance ou absence non anticipée peut entraîner une désorganisation immédiate (réaffectations, heures supplémentaires, recours à des remplacements, réduction du temps disponible pour l'accompagnement relationnel).

L'organisation des soins s'appuie également sur des outils (logiciel de soins/traçabilité, transmissions ciblées, protocoles, démarches qualité), permettant de sécuriser la continuité de l'information, de formaliser les plans de soins, et d'assurer le suivi des événements indésirables et des actions de prévention. Dans un EHPAD, la continuité de la traçabilité et la qualité des transmissions constituent un enjeu majeur : elles dépendent étroitement de la stabilité des équipes, de l'intégration des nouveaux professionnels et du temps disponible pour les transmissions.

Enfin, la charge en soins est fortement influencée par la dépendance et les troubles cognitifs des résidents, mais aussi par les aléas RH (absentéisme, vacance de postes, recours aux vacataires). Ces facteurs peuvent impacter directement la qualité de l'accompagnement et la disponibilité relationnelle des soignants, ce qui renforce

l'importance d'une organisation sécurisée et anticipée. À ce titre, les difficultés de recrutement et de fidélisation constituent un déterminant organisationnel majeur : chaque fragilisation des effectifs se répercute sur les plannings, sur la charge de travail et sur la capacité à assurer une continuité de soins stable et sécurisée.

1.3 Processus de recrutement

1.3.1 Au sein de l'association ADEF Résidences

Au sein d'ADEF Résidences, le recrutement s'appuie sur une organisation centralisée et outillée, visant à soutenir les établissements dans un contexte de métiers en tension, de turnover élevé et d'environnement concurrentiel, avec un impact direct sur la continuité de service. Dans cette dynamique, le siège (service recrutement) propose des actions de professionnalisation et d'harmonisation des pratiques, notamment via la présentation lors du webinaire du 22 janvier 2026 portant sur le « processus de recrutement établissement ».

Au-delà des étapes de recrutement, cette organisation insiste sur la sécurisation de l'arrivée dans le poste, en prévoyant des modalités d'intégration adaptées aux fonctions. Concrètement, l'intégration est structurée différemment selon les métiers : pour une IDEC, une période d'accompagnement d'environ deux semaines avec une IDEC « experte » du secteur est prévue afin de s'approprier les attendus et les fonctionnements du poste ; pour une responsable hôtelière, l'intégration est généralement organisée sur cinq jours ; pour une secrétaire, elle peut s'étendre jusqu'à six semaines, compte tenu de la diversité des procédures administratives et des interfaces. Cette logique vise à sécuriser la prise de poste, favoriser l'appropriation des repères et limiter les ruptures précoces.

Le service recrutement prévoit également un appui renforcé pour les établissements identifiés comme « sensibles », mobilisant des actions complémentaires (publications ciblées, job dating via France Travail, cooptation, contacts IFSI/IFAS, utilisation des plateformes d'emploi), ainsi que des outils harmonisés (logiciel de gestion des candidatures, tests techniques, tests de personnalité) afin de sécuriser et tracer le processus. Enfin, l'association valorise la cooptation comme levier de recrutement par réseau, définie comme une embauche issue de la recommandation d'un salarié, pouvant contribuer à améliorer l'adéquation des candidatures et faciliter l'intégration.

1.3.2 Au sein de la résidence

À l'échelle de la Maison de la Châtaigneraie, le recrutement est piloté au plus près des besoins opérationnels afin de garantir la continuité des soins et de l'accompagnement. Le processus débute par l'identification du besoin (poste vacant, remplacement, renfort ponctuel), puis par l'activation des canaux de recrutement adaptés au type de poste recherché. Les candidatures sont ensuite analysées, suivies d'un entretien de sélection et, en cas d'accord, d'une préparation de l'arrivée. Dans ce cadre, la sécurisation de la prise de poste représente un enjeu central : dans un contexte de tension RH, tout recrutement non abouti ou toute intégration insuffisamment préparée se répercute immédiatement sur le planning, augmente la charge de travail des équipes présentes et peut fragiliser le fonctionnement du collectif.

Canaux de recrutement mobilisés

La résidence s'appuie sur plusieurs canaux complémentaires, en fonction du type de besoin. Pour les remplacements et renforts ponctuels, le recours aux vacations est organisé via la plateforme Hublo, qui permet de mobiliser rapidement des professionnels afin de limiter les ruptures de continuité. Pour les besoins plus structurants (CDI ou CDD), l'établissement reçoit des candidatures spontanées et bénéficie également des candidatures transmises par le service recrutement du siège, qui centralise les curriculum vitae (CV) et oriente les profils vers les établissements selon les postes à pourvoir. Cette articulation entre canaux « urgences de planning » (Hublo) et canaux « recrutement durable » (spontané + siège) permet d'adapter la réponse aux contraintes de terrain.

Sélection et validation du recrutement

Lorsque le recrutement concerne un poste en CDI ou CDD, un entretien en présentiel est organisé avec la directrice et l'IDEC. Cet entretien vise à présenter le fonctionnement de la résidence, l'organisation des soins et les attendus du poste ; il intègre également des échanges de type mises en situation afin d'apprécier l'adéquation du candidat avec les exigences du poste et les réalités de l'EHPAD. Un temps est consacré aux questions du candidat, puis aux éléments contractuels (conditions de travail, rémunération) afin de sécuriser la décision et de fixer, le cas échéant, une date de prise de poste. Pour les demandes de vacations, la sélection est réalisée par un entretien téléphonique, plus court, centré sur la disponibilité, l'expérience et les modalités de remplacement.

Préparation de l'arrivée et parcours d'intégration

Une fois la prise de poste validée, un mail récapitulatif est transmis au professionnel. Il confirme la date d'intégration, précise le roulement et les jours travaillés, liste les documents nécessaires à la formalisation du contrat et transmet les informations essentielles à l'organisation. Il inclut également les codes d'accès au logiciel de soins Netvie et rappelle la possibilité de reprendre contact avant l'arrivée en cas de question. L'objectif est de réduire les incertitudes et de sécuriser la transition entre la phase de recrutement et l'entrée effective dans l'établissement.

L'intégration comprend ensuite un dispositif de doublon dès l'arrivée, afin de favoriser l'appropriation rapide des repères et de limiter les erreurs liées à une prise de poste « en autonomie immédiate ». Une journée en doublon est prévue avec une infirmière pour un poste IDE, ou avec une aide-soignante référente pour un poste soignant. Enfin, un point d'échange avec l'IDEC est réalisé à la fin de la période d'essai, sous la forme d'un bilan permettant d'identifier les difficultés éventuelles, de consolider les repères, et de valider conjointement la poursuite du contrat. Cette étape contribue à renforcer la sécurisation de l'intégration et la fidélisation, en donnant un cadre clair à la projection dans l'établissement.

Difficultés rencontrées

Malgré ces modalités, la sécurisation du recrutement reste fragilisée par la vacance de postes, les délais de recrutement, ainsi que par un turn-over précoce pouvant survenir durant ou à l'issue de la période d'essai. Un phénomène récent fragilise particulièrement cette étape : le « no-show »[19]. Le terme vient de l'anglais et signifie littéralement « ne pas se présenter ». Dans le contexte du recrutement, il désigne une situation dans laquelle un candidat accepte le poste, confirme sa date d'intégration,

[19] GERESO, *« No show » & « ghosting » : comment prévenir ou faire face à ces nouveaux comportements ?*, 3 octobre 2022

mais ne se présente pas le jour prévu sans prévenir l'employeur. Ce type de situation a été observé dans certains recrutements de soignants : des professionnels valident leur recrutement puis disparaissent sans explication.
Au-delà de l'aspect administratif, le no-show constitue un facteur de désorganisation : il entraîne une vacance immédiate sur le planning, oblige à réorganiser les équipes en urgence (réaffectations, heures supplémentaires, recours à des remplacements) et peut accentuer la surcharge de travail. Il génère également des coûts indirects (temps consacré au recrutement et à la préparation de l'intégration, recours accru aux vacataires) et peut contribuer à fragiliser le climat d'équipe.

Au terme de l'analyse du contexte national, institutionnel et territorial, les difficultés de recrutement et de fidélisation apparaissent comme le produit d'interactions complexes entre contraintes démographiques, tensions sur le marché du travail, exigences organisationnelles et évolution des attentes professionnelles. Ces constats de terrain, objectivés par les données et documents de pilotage (CPOM, DUERP, évaluation externe, indicateurs RH), nécessitent d'être éclairés par des apports théoriques afin d'éviter une lecture uniquement descriptive. Il importe en effet de mobiliser un cadre conceptuel permettant de définir et d'articuler les notions d'attractivité, de fidélisation, de management de proximité, de reconnaissance et de qualité de vie et des conditions de travail, tout en intégrant les spécificités du management intergénérationnel. La partie suivante a ainsi pour objectif de poser ces repères conceptuels et de construire les bases d'analyse nécessaires au développement du projet managérial.

2. Cadre conceptuel : attractivité et fidélisation des équipes soignantes

Cette partie a pour objectif de poser les repères théoriques nécessaires à l'analyse du projet managérial. Elle définit et met en relation les notions mobilisées (attractivité, fidélisation, engagement, reconnaissance, management de proximité et QVCT) afin de disposer d'informations pour interpréter les constats issus du terrain et fonder les choix d'actions.

Le cadre conceptuel intègre également la dimension intergénérationnelle, afin d'éclairer la diversité des attentes au travail et d'identifier des pratiques managériales susceptibles de soutenir la stabilisation des équipes.
Ces apports, issus de la littérature et des enseignements de management des ressources humaines, permettront enfin de structurer la démarche méthodologique et de justifier l'orientation du projet managérial développé dans la partie suivante.

2.1 Management générationnel

Le management générationnel (ou management intergénérationnel) désigne l'ensemble des pratiques visant à faire coopérer durablement des professionnels appartenant à des cohortes d'âges différentes, dont les socialisations, les repères et les attentes vis-à-vis du travail peuvent diverger. Dans les organisations de santé, cette question est particulièrement sensible car les équipes sont souvent multigénérationnelles, avec une exigence forte de continuité, de coordination et de qualité des soins. La direction générale de l'administration de la fonction publique

(DGAFP) rappelle ainsi que plusieurs générations peuvent cohabiter dans une même équipe (baby-boomers, générations X, Y, Z) et que le rôle du manager consiste à créer une valeur collective en tenant compte de cette diversité[20].

2.1.1 Définir la notion de génération

Plusieurs définitions sociologiques ont été proposées. Dans la perspective ouverte par Karl Mannheim, une génération peut être comprise comme un groupe d'individus d'âges proches, marqué par des expériences historiques communes qui contribuent à structurer des repères et une certaine manière de percevoir le monde[21].

Cette définition invite à considérer la génération comme une base référentielle commune, sans pour autant en faire un groupe homogène : au sein d'une même génération coexistent des trajectoires et des positions sociales différentes (ce que Mannheim décrit comme des « unités de génération »).
Dans une perspective de management, l'intérêt du concept n'est donc pas de figer des profils, mais d'éclairer certaines attentes (rapport à l'autorité, au collectif, à la reconnaissance, à l'équilibre des temps) afin d'améliorer la coopération dans des équipes multi-âges.

2.1.2 Mixité générationnelle, attractivité et « hôpital magnétique »

La mixité générationnelle au travail peut être envisagée comme une opportunité : elle favorise la transmission des savoirs, la complémentarité des compétences et la qualité des accompagnements, à condition d'être organisée. Dans la littérature internationale en sciences infirmières, le modèle des Magnet hospitals (hôpitaux « magnétiques ») est apparu précisément pour expliquer pourquoi certains établissements réussissaient mieux que d'autres à recruter et retenir les infirmiers dans un contexte de pénurie[22].
L'idée directrice est qu'un environnement de travail soutenant (autonomie professionnelle, leadership infirmier, travail collaboratif, esprit d'équipe, qualité de l'organisation) améliore la satisfaction et la rétention, donc l'attractivité.
Même si ce modèle est né dans le champ hospitalier, ses principes sont transposables au médico-social : l'attractivité ne se réduit pas à « faire venir » mais repose sur l'organisation du travail, la qualité du collectif et la capacité à permettre un « travail bien fait ».

2.1.3 L'onboarding comme levier intergénérationnel

L'intégration des nouveaux professionnels (onboarding) constitue un levier organisationnel déterminant dans les établissements de santé : elle vise à sécuriser la prise de poste, à limiter les départs précoces et à favoriser l'appropriation des repères cliniques et institutionnels. Des travaux menés auprès de nouveaux infirmiers montrent qu'un onboarding structuré (parcours d'intégration, apprentissages progressifs, accompagnement) peut améliorer des dimensions clés telles que les connaissances,

---

[20] Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), *La boussole du manager n°2 : Le management intergénérationnel*, décembre 2022
[21] Mannheim, K. (1952). *The problem of generations*. In P. Kecskemeti (Ed.), *Essays on the Sociology of Knowledge* (pp. 276–320). London: Routledge & Kegan Paul.
[22] Sermeus, W., et al. (2022). *A workplace organisational intervention to improve hospital nursing work environments and patient outcomes: A cluster randomised controlled trial protocol* (passages rappelant que le modèle Magnet est montré comme attirant et retenant)

le raisonnement clinique et la satisfaction, ce qui contribue à réduire la vulnérabilité de la période d'entrée dans le métier[23]. Par ailleurs, la littérature sur les programmes de transition (transition-to-practice) souligne que l'accompagnement des nouveaux diplômés répond à un enjeu de stabilisation des effectifs, en soutenant l'adaptation au poste et en favorisant la rétention[24].

Dans une approche d'organisation du travail, l'onboarding peut être compris comme un processus de socialisation professionnelle : il permet au nouvel arrivant de passer d'une position d'« extérieur » à une position pleinement intégrée au collectif, grâce à des repères partagés, des ressources disponibles et une clarification des attendus. Dans les équipes multigénérationnelles, cette dimension est centrale : l'onboarding organise la transmission des savoirs et des pratiques professionnelles, en s'appuyant sur les professionnels expérimentés (référents, tuteurs), dont le rôle est déterminant pour guider, soutenir et sécuriser l'intégration. Ainsi, au-delà d'un simple « accueil », l'onboarding peut être mobilisé comme un levier de coopération intergénérationnelle : il valorise l'expérience, sécurise les apprentissages et renforce le sentiment d'appartenance, contribuant à la fidélisation. Toutefois, son efficacité dépend aussi de la capacité du management à tenir compte de la diversité des attentes et des repères professionnels.

Dans cette perspective, il est utile de présenter les principales générations présentes au travail et d'en analyser les caractéristiques afin d'adapter les modalités d'accompagnement, de communication et de coopération au sein des équipes soignantes.

2.1.4 Génération des baby-boomers (1946-1964)

Les baby-boomers ont souvent été socialisés dans un contexte professionnel où la stabilité de l'emploi, l'appartenance institutionnelle et la hiérarchie étaient plus marquées. Ils peuvent valoriser une éthique du travail fondée sur la constance, le sens du devoir et la continuité de service, avec une représentation forte du soin comme engagement durable. Dans les équipes soignantes, cette génération est fréquemment porteuse d'une culture professionnelle structurée : routines de travail, vigilance clinique acquise par l'expérience, connaissance fine des situations complexes et capacité à repérer précocement des signes d'alerte chez les résidents. Elle peut également jouer un rôle central dans la transmission informelle des savoirs (gestes, posture relationnelle, « manières de faire » sécurisantes), contribuant à la cohésion et à la stabilité du collectif.

Cependant, dans un secteur comme l'EHPAD, les baby-boomers peuvent être particulièrement exposés aux effets de l'intensification du travail : pénibilité physique (manutentions, postures), contraintes organisationnelles, fatigabilité accrue, et charge émotionnelle liée à la dépendance, à la fin de vie ou aux situations de crise. Ils peuvent aussi exprimer des difficultés face à certaines transformations récentes (accélération des changements, informatisation, multiplication des procédures), non par résistance « de principe », mais par souci de préserver la qualité du travail et de maintenir des repères sécurisants. Les attentes peuvent alors porter sur la reconnaissance de l'expérience, le respect des savoir-faire, la prise en compte de

[23] Valdes, E. G., et al. (2021). *Onboarding new graduate nurses using assessment-driven personalized learning: A pilot study*. (Résultats : amélioration des connaissances, de la pensée critique et de la satisfaction).

[24] Lee, M. M. D., « *Improving new graduate nurse retention with a transition to emergency nursing practice program: A qualitative study* », *Journal of Emergency Nursing*, 50(2), 2024, p. 178–186

l'usure et la justice organisationnelle (répartition équitable des tâches pénibles, adaptation des rythmes, protection de la santé).

2.1.5 Génération X (1965-1980)

La génération X a souvent construit son identité professionnelle dans un contexte de transformations organisationnelles (montée des exigences de qualité, optimisation et intensification du travail) et peut manifester une culture du professionnalisme, de la fiabilité et de la responsabilité. Elle est fréquemment décrite comme attachée à l'autonomie et à l'efficacité, avec un rapport au travail marqué par le pragmatisme : « faire tourner » l'organisation, assurer la continuité, trouver des solutions. Dans les équipes soignantes, cette génération occupe souvent des positions de « pivot » : forte connaissance des routines, capacité à absorber les imprévus, rôle informel dans la régulation quotidienne.
Elle peut toutefois être particulièrement sensible aux injonctions paradoxales (qualité attendue vs manque de moyens, personnalisation vs temps contraint), et au sentiment de ne pas pouvoir réaliser un travail conforme à ses standards (« travail empêché »). Dans ce contexte, la reconnaissance recherchée n'est pas seulement symbolique : elle porte sur la compétence, la fiabilité et la contribution à la stabilité de l'équipe.

2.1.6 Génération Y (1981-1996)

Les professionnels de la génération Y expriment fréquemment des attentes fortes en matière d'équilibre de vie (privée/professionnelle), de sens, de développement professionnel et de qualité managériale. Ils peuvent être très engagés lorsque le travail est porteur de sens et que le collectif fonctionne, mais moins enclins à tolérer durablement une organisation qu'ils perçoivent comme « dégradée » (sous-effectif chronique, plannings instables, manque de reconnaissance, faible soutien managérial). Ils attendent souvent un management de proximité présent, accessible et transparent, ainsi qu'un feedback régulier (retours sur pratiques professionnelles, clarification des attentes, reconnaissance).

Dans un EHPAD, cette génération peut être particulièrement sensible à la cohérence entre la promesse (projet d'établissement, valeurs, qualité) et l'expérience réelle du quotidien (temps disponible, conditions de travail, possibilité de « bien faire »).
La fidélisation dépend alors beaucoup de l'intégration et de la projection : possibilité de monter en compétences, d'accéder à des formations, de participer à des projets (référent douleur, PASA, qualité, hygiène etc.).

2.1.7 Génération Z (1997-2010)

Les plus jeunes entrants sur le marché du travail (génération Z) sont souvent décrits comme recherchant un cadre clair, une réactivité managériale et une cohérence entre les valeurs affichées et les pratiques vécues. Ils peuvent être particulièrement attentifs à l'ambiance d'équipe, à la qualité de l'accueil, au respect et à la justice perçue (équité des contraintes, transparence, règles explicites). Leur rapport au numérique est généralement spontané, ce qui peut constituer un atout dans l'appropriation des outils de traçabilité et des logiciels, mais cette aisance ne compense pas un manque de tutorat ou de soutien : ils ont souvent besoin de repères concrets sur « comment faire ici », « ce qui est attendu », « ce qui est prioritaire ».

Dans le médico-social, la première expérience peut être déterminante : si l'intégration

est insuffisamment cadrée, si la charge est perçue comme trop lourde ou si le collectif n'est pas soutenant, le risque de rupture précoce augmente (départs rapides, absentéisme, voire *no-show*). À l'inverse, lorsqu'ils sont impliqués comme co-acteurs (propositions d'amélioration, participation à la qualité, projets d'équipe), leur engagement peut être fort.

L'analyse des différentes générations montre que les attentes au travail, les rapports à l'organisation et les moteurs d'engagement peuvent varier au sein d'une même équipe. Ces différences ne relèvent pas uniquement de caractéristiques individuelles : elles renvoient à la capacité de l'établissement à proposer un cadre d'exercice lisible, soutenant et cohérent, tant sur le plan organisationnel que managérial.

Dès lors, la question se déplace vers l'attractivité : qu'est-ce qui, dans un établissement de santé ou médico-social, attire les professionnels, influence leur choix d'employeur et conditionne leur projection dans la durée ? La section suivante vise ainsi à définir l'attractivité et à analyser ses principaux déterminants.

2.2 L'attractivité des établissements de santé

2.2.1 La définition de l'attractivité

L'attractivité d'un établissement de santé peut être définie comme sa capacité à attirer des professionnels et à susciter leur intérêt durable pour l'organisation. Elle repose sur une combinaison de facteurs matériels (conditions de travail, organisation, rémunération) et immatériels (reconnaissance, sens du travail, climat social, qualité du management)[25]. Dans cette perspective, l'image employeur et la qualité perçue du management de proximité influencent fortement la décision des candidats, mais aussi leur projection dans la durée. L'attractivité ne se limite donc pas à l'embauche : elle s'inscrit dans un continuum qui débute dès la « promesse employeur » et se consolide dans l'expérience réelle du travail (intégration, organisation, régulation de la charge), ce qui en fait une première étape de la fidélisation. À ce titre, l'ANAP propose une approche structurée de l'attractivité RH articulée autour de quatre axes : construire sa marque employeur, recruter, intégrer les nouveaux collaborateurs et fidéliser en soulignant ainsi le caractère processuel et managérial de l'attractivité, au-delà du seul recrutement[26].

2.2.2 Les facteurs influençant l'attractivité

Plusieurs travaux montrent que l'attractivité d'un établissement ne dépend pas uniquement de la rémunération, mais d'un ensemble de facteurs liés à l'organisation du travail et à l'expérience professionnelle proposée. Dans son mémoire consacré à l'attractivité et la fidélisation dans un centre hospitalier gériatrique, Weber met en évidence que les professionnels sont particulièrement sensibles à l'organisation quotidienne (répartition de la charge, plannings, ressources disponibles), à la qualité du management de proximité, ainsi qu'aux modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, qui conditionnent fortement la projection dans l'établissement[27].

---

[25] Stordeur, S., & D'Hoore, W. (dir.). (2009). *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*. Lamarre.

[26] Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), *Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation : fiches pratiques*, 19 juin 2023.

[27] Weber, C. (2020). *Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations* (Mémoire DESSMS). École des hautes études en santé publique (EHESP).

Cette logique est cohérente avec les approches opérationnelles proposées par l'ANAP, qui structure la politique d'attractivité autour d'un continuum allant de la marque employeur au recrutement, puis à l'intégration et à la fidélisation, soulignant ainsi que l'attractivité se construit dans le « parcours candidat » et l'expérience réelle du travail.

La littérature souligne également le rôle stratégique des stages comme première expérience structurante du terrain professionnel : ils contribuent à l'image de l'établissement, à la découverte du collectif et à l'envie (ou non) de s'y projeter. Dans cette perspective, l'étude de Mottay sur le recrutement et la fidélisation des infirmiers en Midi-Pyrénées identifie les partenariats avec les instituts de formation (IFSI) comme un levier de pré-recrutement, permettant de renforcer le vivier de candidats et de valoriser l'établissement auprès des futurs professionnels[28]. Ainsi, l'attractivité repose sur une combinaison de déterminants organisationnels (charge, plannings, conditions d'exercice), relationnels (accueil, intégration, management) et développementaux (formation, perspectives), qui influencent à la fois la décision d'entrée et la probabilité de stabilisation.

Toutefois, attirer des professionnels ne suffit pas à sécuriser durablement les effectifs. Dans un contexte de tension sur les métiers du soin, l'enjeu se déplace rapidement de l'entrée dans l'établissement vers la capacité à stabiliser les équipes, à prévenir les départs précoces et à construire un engagement dans la durée. La section suivante est donc consacrée à la fidélisation des équipes soignantes, à sa définition et à ses principaux déterminants.

2.3 La fidélisation des équipes soignantes

2.3.1 La définition de fidélisation

La fidélisation peut être définie comme la capacité d'un établissement à maintenir durablement ses professionnels en poste, en favorisant leur engagement et leur inscription dans la durée. Elle ne se limite pas à la simple rétention des effectifs, mais renvoie à un processus plus large, intégrant la satisfaction au travail, le sentiment d'appartenance et l'adhésion aux valeurs de l'organisation.
Dans les établissements de santé, plusieurs travaux soulignent que la fidélisation repose sur l'articulation entre les conditions d'exercice, la qualité du management et les perspectives professionnelles offertes aux soignants. Ainsi, la fidélisation s'inscrit dans une dynamique globale, mobilisant à la fois des dimensions organisationnelles, relationnelles et individuelles[29].

La fidélisation ne repose pas sur une mesure unique (par exemple une prime ou une action ponctuelle), mais sur un ensemble cohérent de pratiques RH et managériales visibles au quotidien : qualité de l'intégration, stabilité des plannings, organisation du travail, reconnaissance, soutien du cadre et perspectives d'évolution. Cette approche rejoint les travaux institutionnels qui mettent en avant la nécessité de structurer des politiques d'attractivité et de fidélisation dans une logique de parcours professionnel, allant du recrutement à la stabilisation des équipes.

[28] Mottay, D. (2010). *Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi-Pyrénées* (Communication, Congrès annuel de l'AGRH, Saint-Malo).
[29] Weber, C. (2020), *voir supra* note 19

2.3.2 Les facteurs de la fidélisation

La littérature met en évidence que la fidélisation des professionnels de santé repose sur un ensemble de facteurs interdépendants, relevant à la fois des conditions d'exercice, du management et des perspectives professionnelles. Parmi les déterminants les plus fréquemment identifiés figurent la reconnaissance professionnelle, la qualité des relations hiérarchiques, les opportunités d'évolution ainsi que la qualité de vie et des conditions de travail[30].
La reconnaissance apparaît comme un levier central de fidélisation, qu'elle soit formelle (valorisation des compétences, évolution professionnelle) ou informelle (feedback, considération du travail réalisé). De même, la qualité du management de proximité, à travers l'écoute, le soutien et la régulation du travail, influence directement l'engagement des soignants et leur intention de rester dans l'établissement.

Par ailleurs, les dispositifs d'accompagnement des professionnels, notamment lors de la prise de poste, jouent un rôle déterminant. Les travaux en sciences infirmières montrent que le tutorat, l'accompagnement des nouveaux arrivants et la structuration des parcours d'intégration contribuent à sécuriser les débuts dans l'emploi et à limiter les départs précoces[31]. À l'inverse, l'absence de reconnaissance, de perspectives d'évolution ou de soutien organisationnel constitue un facteur majeur de désengagement et de départ des professionnels.

Enfin, la qualité de vie et des conditions de travail constitue un déterminant transversal : une organisation du travail perçue comme dégradée, une charge de travail excessive ou un manque de stabilité des équipes favorisent l'usure professionnelle et le turn-over. À l'inverse, des conditions de travail soutenantes participent à la fidélisation en permettant aux soignants de réaliser un travail de qualité, en cohérence avec leurs valeurs professionnelles.

Les facteurs de fidélisation identifiés dans la littérature (reconnaissance, relations hiérarchiques, perspectives d'évolution, conditions de travail, qualité de l'intégration) renvoient directement à des dimensions managériales et organisationnelles du quotidien. Leur mise en œuvre concrète dépend en grande partie du management de proximité, qui constitue l'interface entre les orientations institutionnelles et le travail réel des équipes. Dès lors, il apparaît nécessaire d'analyser le rôle du cadre de santé comme acteur central de l'organisation du travail, de la reconnaissance et de la régulation des collectifs, et donc comme levier déterminant de la fidélisation des professionnels soignants.

2.4 Le management de proximité et le rôle du cadre de santé

2.4.1 Le cadre de santé comme acteur central

Le cadre de santé occupe une place centrale dans la fidélisation des équipes soignantes, car il se situe à l'interface entre les orientations institutionnelles et le travail réel. En tant que responsable de l'organisation quotidienne, il contribue à sécuriser la continuité des soins, à réguler la charge de travail et à structurer les conditions de coopération au sein du collectif. Dans l'ouvrage dirigé par Stordeur et D'Hoore, il est notamment souligné que l'attractivité et la fidélisation reposent sur des déterminants

[30] Stordeur, S., & D'Hoore, W. (dir.). (2009), voir supra note 17
[31] Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345–356.

organisationnels et managériaux, ce qui renforce l'idée que le management de proximité constitue un levier déterminant de l'engagement et de la stabilisation des professionnels[32].

Au-delà de la planification et du pilotage, le cadre influence directement le climat social par sa posture : accessibilité, écoute, capacité à arbitrer et à donner du sens aux priorités. En ce sens, les travaux de l'ANACT rappellent qu'un management ancré dans le terrain doit concilier objectifs et ressources, maintenir la cohésion d'équipes souvent sous tension et soutenir la discussion sur le travail afin de prévenir l'usure et les désengagements[33]. Enfin, les approches opérationnelles de l'ANAP sur l'attractivité et la fidélisation insistent sur la nécessité d'une politique RH structurée incluant l'intégration et la fidélisation, ce qui implique, en pratique, un rôle actif des managers de proximité dans la sécurisation des parcours et la stabilisation des équipes[34]. Ainsi, la qualité du management de proximité apparaît comme un facteur décisif : elle conditionne la satisfaction au travail, la qualité de la coopération et, in fine, la capacité des professionnels à se projeter durablement dans l'établissement.

2.4.2 Les pratiques managériales favorisant l'engagement

L'engagement des professionnels ne dépend pas uniquement de facteurs individuels, mais aussi de la manière dont le travail est organisé, reconnu et régulé au quotidien. Dans cette perspective, plusieurs pratiques managériales apparaissent particulièrement favorables à l'engagement des équipes soignantes.

D'abord, un management de proximité qui soutient l'autonomie, la compétence et l'appartenance renforce la motivation et l'implication dans le travail. Ces trois besoins psychologiques sont au cœur de la théorie de l'autodétermination[35], selon laquelle des environnements favorisant autonomie, compétence et relations de qualité soutiennent des formes de motivation plus durables et une meilleure qualité d'engagement. Concrètement, cela suppose de clarifier les attendus, de donner des marges de manœuvre réalistes, de reconnaître les compétences et de maintenir une coopération d'équipe protectrice.

Dans cette logique, l'empowerment[36] peut être mobilisé comme cadre d'analyse : il s'agit de renforcer la capacité d'agir des soignants sur leur activité (repères, organisation, coopération), en leur donnant une place dans l'identification des irritants et la construction de solutions. Ce levier ne relève pas d'une délégation formelle « sur le papier », mais d'un partage concret du pouvoir d'organisation au plus près du travail réel, afin d'améliorer l'engagement, la qualité du travail réalisé et la fidélisation.

Ensuite, les approches de prévention des risques psychosociaux convergent sur l'importance de la latitude décisionnelle. Le modèle de Karasek[37] met en évidence que la combinaison d'exigences élevées et d'une faible latitude accroît la tension au travail ; inversement, la possibilité de décider, d'organiser une partie de son activité

[32] Stordeur, S., & D'Hoore, W. (dir.). (2009), voir supra note 17
[33] Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). (2026, 19 février). *Management du travail : des enjeux spécifiques et des leviers d'action concrets*.
[34] Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). (2024, 2 décembre). *Attractivité : de nouvelles fiches pratiques*.
[35] Self-Determination Theory. (s. d.). Theory (autonomy, competence, relatedness).
[36] Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal, 38*(5), 1442–1465.
[37] Karasek, R. (1979) — présenté dans : Chapitre 15. Modèle de Karasek, Aide-mémoire Risques psychosociaux et QVCT (2e éd.), Cairn

et de mobiliser ses compétences constitue un facteur protecteur. Pour le cadre, cela se traduit par des arbitrages très concrets : répartir la charge en soins, expliciter les priorités en situation dégradée, ajuster les organisations (plannings, transmissions, circuits), afin de permettre aux soignants de réaliser un travail de qualité.

Dans la continuité, le management participatif apporte un cadre opérationnel pour organiser cette capacité d'agir. Il repose sur la mise en place d'espaces où les équipes peuvent discuter du travail réel, partager les difficultés et proposer des améliorations. L'ANACT souligne l'intérêt des espaces de discussion sur le travail, qui favorisent la participation, la reconnaissance du travail accompli et la production de solutions par les collectifs[38]. En EHPAD, ces dispositifs peuvent prendre des formes simples mais régulières (temps courts centrés sur l'activité, retours d'expérience, points sur les irritants), à condition d'être cadrés, suivis et de déboucher sur des ajustements visibles.

Enfin, la littérature opérationnelle sur l'attractivité et la fidélisation souligne l'importance de pratiques structurantes : qualité de l'intégration, accompagnement des nouveaux, communication interne, et pilotage RH. Dans cette logique, l'ANAP propose de raisonner selon un continuum « recruter – intégrer – fidéliser », ce qui renforce la place du cadre comme acteur de l'intégration, de la cohésion et de la stabilisation des équipes.
Cette approche peut être éclairée par une posture de management en soutien fondée sur la subsidiarité[39] : il s'agit moins de « faire à la place » des équipes que de créer les conditions permettant aux professionnels de décider et d'agir au niveau le plus pertinent, au plus près du travail réel. Empowerment (capacité d'agir) et subsidiarité (bon niveau de décision) convergent ainsi vers une même finalité : renforcer la robustesse du collectif, prévenir le désengagement et favoriser la fidélisation.

Les pratiques managériales favorisant l'engagement montrent ainsi que la fidélisation se construit au quotidien, à travers la manière dont le travail est organisé, régulé et reconnu. Toutefois, l'action du cadre ne peut être dissociée des conditions concrètes d'exercice : disponibilité des ressources, contraintes organisationnelles, pénibilité, climat social et possibilité de réaliser un travail de qualité. Dans cette perspective, la reconnaissance et les conditions de travail constituent des déterminants centraux de l'engagement et de la fidélisation.

La section suivante analyse ainsi la notion de qualité de vie et des conditions de travail, son lien avec la fidélisation, et son impact sur la qualité et la sécurité des accompagnements.

2.5 Reconnaissance et conditions de travail

2.5.1 La définition de la qualité de vie et des conditions de travail

La qualité de vie et des conditions de travail ne se réduit pas à une « ambiance » ou à des actions périphériques (bien-être, animations). Elle renvoie d'abord au cœur du travail : la manière dont l'activité est organisée, les moyens disponibles, la coopération, les marges de manœuvre, la reconnaissance et la possibilité de produire

[38] ANACT. (2025). Kit / ressources – Porter la démarche (discussion sur le travail / espaces de discussion).
[39] Marc Fassier & David Gréa, *Pour des managers en soutien. La subsidiarité dans les organisations*, ESF sciences humaines (ESF éditeur), octobre 2023.

un travail de qualité dans des conditions soutenables. La QVCT peut ainsi être comprise comme l'équilibre entre ce qui est demandé aux professionnels (charge, complexité, exigences émotionnelles, contraintes temporelles) et ce qui leur permet réellement d'agir (ressources, compétences, soutien, organisation, matériel, temps, coopération).

Dans les métiers du soin, cette question est centrale car l'engagement s'adosse fortement à une exigence de travail « bien fait ». Quand les conditions d'exercice permettent de tenir les priorités, de comprendre le sens des actions et de préserver la relation de soin, la QVCT soutient l'implication. À l'inverse, lorsque le travail devient « empêché » (priorités imposées par l'urgence, manque de temps, sous-effectif, ruptures de continuité), les professionnels peuvent éprouver un écart durable entre ce qu'ils jugent nécessaire pour bien accompagner et ce qu'ils peuvent réellement faire. Cet écart n'est pas seulement organisationnel : il touche le sens et la reconnaissance du travail.

La QVCT intègre donc aussi la question du sens au travail : l'utilité perçue de l'activité, la cohérence éthique (être en accord avec ses valeurs professionnelles) et la possibilité de se développer (apprendre, progresser, être reconnu). Elle implique enfin de distinguer travail prescrit (procédures, organisations prévues) et travail réel (ajustements, arbitrages, coopération) : en santé, le travail réel est structurel car l'imprévu fait partie du quotidien. Une démarche QVCT pertinente ne vise pas à « réduire » le travail réel, mais à le rendre tenable, en donnant des ressources et des règles de priorisation qui permettent de protéger à la fois la qualité des accompagnements et la santé des professionnels.

2.5.2 Lien entre QVCT et fidélisation

Pour comprendre le lien entre QVCT et fidélisation, il est utile de mobiliser des modèles explicatifs plutôt que de rester au niveau du constat. Un premier cadre est le modèle Job Demands–Resources (JD-R)[40] : il montre que l'épuisement et l'intention de départ augmentent lorsque les exigences du travail (charge, pression temporelle, pénibilité, exigences émotionnelles, complexité) dépassent durablement les ressources disponibles (effectifs, autonomie, soutien managérial, coopération, compétences, matériel, temps, clarté des repères). Dans un EHPAD, les demandes sont structurellement élevées (dépendance, polypathologies, relationnel, familles, fin de vie) ; la fidélisation dépend donc fortement de la capacité de l'organisation à renforcer les ressources : repères clairs, coordination, priorisation partagée, intégration des nouveaux, soutien en situation difficile, cohésion d'équipe.

Un second cadre est celui du déséquilibre efforts–récompenses : lorsque les efforts fournis (charge, contraintes horaires, implication émotionnelle) ne sont pas compensés par des récompenses jugées légitimes (reconnaissance, équité, perspectives, considération, justice organisationnelle, rémunération), l'engagement devient coûteux et l'intention de partir augmente. La reconnaissance ne se limite pas au « merci » : elle inclut la reconnaissance du travail réel, la justice dans la répartition de la charge, la qualité du feedback, la valorisation des compétences et l'existence de perspectives (tutorat, référents, formations, évolutions). En d'autres termes, la fidélisation ne dépend pas uniquement de « conditions matérielles », mais de la perception d'un échange professionnel équilibré et d'un collectif protecteur.

[40] Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512.

Ainsi, agir sur la QVCT revient à agir sur des leviers concrets de stabilisation : rendre l'organisation lisible, réguler la charge et les priorités, réduire les irritants qui empêchent le travail de qualité, sécuriser l'intégration, renforcer les coopérations et instituer des formes de reconnaissance justes et régulières. À l'inverse, une QVCT durablement dégradée se traduit fréquemment par des signaux de désengagement : fatigue, arrêts de travail, conflits, départs précoces, recours accru aux remplacements, ce qui alimente un cercle défavorable (instabilité → surcharge → usure → départs). La fidélisation devient alors indissociable d'une approche organisationnelle : stabiliser les équipes implique de construire des conditions de travail soutenables et compatibles avec l'exigence de qualité des accompagnements.

2.5.3 Fidélisation et qualité des soins

La fidélisation des professionnels soignants ne relève pas uniquement d'un enjeu RH : elle constitue un déterminant majeur de la qualité et de la sécurité des accompagnements. La haute autorité de santé (HAS) rappelle, dans son rapport sur les déterminants transversaux de la qualité et de la sécurité des soins, que ceux-ci reposent notamment sur quatre familles interdépendantes : les ressources humaines, les ressources matérielles, l'organisation des équipes de soins et la coopération entre équipes[41]. Autrement dit, la stabilité des effectifs, la continuité des compétences et la solidité des collectifs de travail conditionnent directement la fiabilité des pratiques et la sécurisation des parcours.

Dans le champ du grand âge, cet enjeu est particulièrement marqué : la continuité relationnelle, la connaissance fine des habitudes et fragilités des résidents, ainsi que la qualité des transmissions sont au cœur d'un accompagnement sécurisé. Or, la DREES montre que l'organisation du travail en EHPAD est souvent en tension et que les conditions de travail sont vécues comme difficiles par des personnels pourtant très engagés, ce qui renforce le risque d'usure et, à terme, d'instabilité des équipes. Cette instabilité fragilise les mécanismes de prévention des risques (chutes, douleur, dénutrition), augmente les variations de pratiques et complexifie la transmission des informations.

Ainsi, la fidélisation apparaît comme un levier indirect mais puissant de qualité : en stabilisant les collectifs, l'établissement renforce la coopération, sécurise les transmissions, facilite l'intégration des nouveaux professionnels et maintient une continuité de compétences. Cette perspective rejoint l'approche développée par Stordeur et D'Hoore, pour qui l'attractivité et la fidélisation ne peuvent être dissociées des conditions de réalisation d'un travail de soin de qualité et du fonctionnement collectif des équipes. Dès lors, agir sur la fidélisation revient aussi à agir sur la qualité et la sécurité des accompagnements, ce qui justifie pleinement l'inscription de ce projet managérial dans une logique conjointe RH/qualité/continuité des soins.

L'analyse du lien entre fidélisation, conditions de travail et qualité des soins montre que la stabilité des équipes ne relève pas uniquement d'un objectif RH ou organisationnel : elle engage directement la qualité de l'accompagnement, la sécurité des personnes âgées et la capacité des professionnels à exercer un travail conforme à leurs valeurs. Dans le champ du grand âge, ces enjeux prennent une dimension éthique forte, car ils renvoient à la responsabilité de l'établissement et de l'encadrement vis-à-vis des résidents, mais aussi au respect et à la protection des professionnels exposés à la pénibilité et à la charge émotionnelle.

[41] Haute Autorité de Santé (HAS). (2022, décembre). *Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé* (rapport).

La section suivante propose ainsi d'éclairer la fidélisation à partir des enjeux éthiques du care, de la responsabilité managériale et des exigences de qualité des soins.

2.6 Enjeux éthiques et managériaux de la fidélisation des équipes soignantes

La fidélisation des équipes soignantes en EHPAD ne peut être abordée uniquement comme une problématique de ressources humaines. Elle engage des enjeux éthiques majeurs, car la stabilité des professionnels conditionne à la fois la qualité de l'accompagnement des résidents et le respect des soignants dans leurs conditions d'exercice. Dans le champ du grand âge, où la vulnérabilité est au cœur des situations de soin, la question du « tenir » les équipes renvoie directement à une éthique du care : prendre soin suppose des relations fiables, une continuité, une attention aux besoins et une responsabilité partagée[42].

2.6.1 Éthique du care et continuité de l'accompagnement

L'éthique du care insiste sur le fait que le « prendre soin » ne relève pas seulement de gestes techniques, mais d'une relation et d'une responsabilité (attention, réactivité, continuité). Tronto[43] montre que le care est une activité sociale et politique, qui repose sur l'organisation collective du soin et sur les conditions permettant de répondre réellement aux besoins des personnes.
Dans un EHPAD, la fidélisation participe de cette logique : la stabilité des équipes favorise la connaissance fine des résidents, la sécurité, la prévention des risques et la continuité relationnelle, autant d'éléments indispensables à un accompagnement bientraitant.

2.6.2 Responsabilité managériale du cadre

Le cadre de santé porte une responsabilité particulière : il doit concilier la continuité des soins, la sécurité des personnes accompagnées et la protection des professionnels. Cette responsabilité n'est pas uniquement organisationnelle, elle est aussi éthique : elle consiste à arbitrer, prioriser et réguler l'activité en veillant à la justice dans la répartition des contraintes (planning, pénibilité, charge en soins), à la transparence des décisions et à la reconnaissance du travail réel. Dans la même logique, la HAS rappelle que la bientraitance s'inscrit dans une visée éthique « avec et pour les autres », et souligne l'importance de conditions permettant aux professionnels de travailler sans crainte d'arbitraire, dans un cadre juste et cohérent[44].

2.6.3 Respect des professionnels et prévention de l'usure

La fidélisation suppose une reconnaissance du respect dû aux professionnels : respect de la personne au travail, de sa santé, de ses limites, et de sa capacité à exercer un « travail bien fait ». Lorsque l'organisation conduit durablement à un travail dégradé (sous-effectif, interruptions constantes, injonctions contradictoires), elle génère de l'usure, du désengagement et des départs, ce qui peut alimenter un cercle vicieux

[42] Tronto, J. C., *Defining care*, *Revue du MAUSS*, 2008/2(32), 243–265
[43] Ibid p 243–265
[44] Haute Autorité de Santé. (2008). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (recommandation).

(absentéisme → remplacements → surcharge → départs). Cette prévention de l'usure relève à la fois d'une exigence managériale (pilotage du travail) et d'une exigence éthique (ne pas exposer durablement les équipes à des conditions incompatibles avec la qualité attendue).

2.6.4 Qualité des soins et déontologie

Enfin, l'enjeu éthique se situe aussi dans la responsabilité professionnelle : le code de déontologie infirmier rappelle le respect de la vie humaine, de la dignité et de l'intimité de la personne[45]. Or, le maintien de ces exigences dépend de conditions organisationnelles soutenables. Une équipe stable, suffisamment intégrée, et soutenue par un management de proximité cohérent, est plus à même de sécuriser les accompagnements, de garantir la continuité et de préserver la qualité relationnelle du soin. En ce sens, fidéliser n'est pas seulement « garder des salariés » : c'est créer les conditions éthiques, organisationnelles et humaines permettant de prendre soin des résidents et de ceux qui les accompagnent.

Au terme de ce cadre conceptuel, il apparaît que l'attractivité et la fidélisation des équipes soignantes résultent d'un ensemble de déterminants étroitement liés : organisation du travail, management de proximité, reconnaissance, perspectives professionnelles et conditions d'exercice. L'approche intergénérationnelle met en évidence la diversité des attentes au travail et l'importance d'un accompagnement structuré, notamment via l'onboarding, pour sécuriser l'intégration et limiter les ruptures précoces. L'attractivité se comprend ainsi comme un continuum allant de la promesse employeur au vécu réel du travail, tandis que la fidélisation s'inscrit dans un processus durable reposant sur la qualité du collectif et la possibilité de réaliser un travail de qualité. Les analyses sur la QVCT soulignent qu'une organisation dégradée favorise l'usure, l'absentéisme et le turn-over, avec des impacts directs sur la continuité et la qualité des soins. Enfin, l'éthique du care rappelle que stabiliser les équipes engage une responsabilité managériale vis-à-vis des résidents comme des professionnels.

Au regard de ces apports, quatre leviers seront privilégiés pour la Maison de la Châtaigneraie :

- ✓ Sécuriser le recrutement et l'intégration (onboarding, tutorat, repères partagés),
- ✓ Renforcer le management de proximité et la reconnaissance du travail réel,
- ✓ Agir sur l'organisation du travail et la régulation de la charge en soins afin de limiter le « travail dégradé »,
- ✓ Structurer un pilotage RH (indicateurs, suivi des départs/absentéisme/no-show), partenariat et image employeur pour objectiver et ajuster les actions.

La partie suivante vise ainsi à opérationnaliser cette analyse dans le contexte de la Maison de la Châtaigneraie, en articulant diagnostic de terrain, choix méthodologiques, plan d'actions, calendrier et modalités d'évaluation du projet managérial.

[45] Code de la santé publique, art. R.4312-3 (déontologie infirmière, respect de la dignité et de l'intimité).

3. Le projet managérial

À l'issue des parties précédentes, les difficultés de recrutement et de fidélisation apparaissent comme un phénomène multifactoriel, à la croisée des tensions nationales, des contraintes territoriales et des déterminants organisationnels. Dans ce contexte, l'objectif du projet managérial est de proposer une démarche opérationnelle et évaluée, visant à sécuriser la continuité des accompagnements au sein de la Maison de la Châtaigneraie. La partie 3 présente ainsi la traduction concrète du cadre conceptuel : elle s'appuie sur un diagnostic de terrain (données objectivées et retours qualitatifs), fixe des objectifs hiérarchisés, puis décline un plan d'actions structuré autour de leviers managériaux clairement identifiés (intégration/onboarding, management de proximité et reconnaissance, organisation du travail/conditions d'exercice, partenariats et marque employeur), avec un pilotage et une évaluation permettant l'ajustement en continu.

3.1 Diagnostic de terrain et constats (Maison de la Chataigneraie)

Le diagnostic de terrain vise à objectiver la situation de l'établissement en matière de recrutement et de fidélisation, en croisant des données quantitatives (indicateurs RH/financiers, documents institutionnels) et des informations qualitatives issues du terrain (réunions, questionnaires, retours de stage). Cette approche permet de dépasser une lecture uniquement « pénurie » pour identifier les points de rupture du parcours professionnel : entrée dans l'établissement (recrutement, prise de poste), intégration et stabilisation dans la durée.

3.1.1 Constats objectivés

Tension sur les effectifs et recours aux remplacements

L'organisation de la continuité des soins nécessite un recours régulier à des remplacements, notamment via des vacataires. La plateforme Hublo constitue un outil opérationnel central pour couvrir les absences et maintenir la continuité de service, mais son utilisation récurrente reflète une fragilité structurelle des effectifs disponibles.

Coûts associés et impact économique

Les données issues du contrôle de gestion mettent en évidence un coût important lié aux remplacements (CDD et intérim) sur la période 2020–2025, avec une hausse marquée sur les derniers exercices. Au-delà de l'impact budgétaire direct, ces coûts sont associés à des effets indirects : temps de coordination supplémentaire, intégrations répétées, variabilité des pratiques et instabilité des collectifs.

Conditions de travail et risques professionnels

Le DUERP 2025 met en évidence des facteurs de risques pouvant peser sur la santé au travail et la dynamique RH (risques psychosociaux, contraintes physiques et troubles musculo-squelettiques, charge et organisation du travail, spécificités du travail de nuit, tensions liées aux relations avec les familles). Ces éléments constituent des déterminants potentiels de l'absentéisme, de l'usure professionnelle et du turn-over, en cohérence avec la littérature sur la QVCT.

Difficulté à sécuriser la prise de poste et stabilisation fragile

Au-delà du recrutement, la résidence fait face à des difficultés de sécurisation des trajectoires d'entrée : départs précoces en période d'essai et situations de "no-show" (prise de poste validée, date confirmée, absence le jour J sans information). Ces épisodes fragilisent immédiatement l'organisation (vacance soudaine sur planning, surcharge des équipes présentes, recours accru aux vacataires), et alimentent un cercle de tension RH.

3.1.2 Constats issus des retours qualitatifs

Réunions d'équipe (fixes et vacataires)

Des temps d'échanges ont été organisés avec les équipes fixes et les vacataires **en novembre 2025** afin de recueillir les éléments favorisant l'attractivité et la fidélisation, ainsi que les irritants organisationnels perçus au quotidien. Ces réunions ont permis d'identifier plusieurs facteurs positifs expliquant l'envie de venir ou de rester à la Maison de la Châtaigneraie : la proximité du domicile (effet « zone de confort » et limitation des temps de trajet), un bon accueil à l'arrivée, une bonne entente et un climat d'équipe jugé agréable, l'absence de « travail à la chaîne », la disponibilité du matériel nécessaire aux soins, ainsi qu'une attention portée à l'accompagnement des résidents. Les participants ont également souligné comme point d'appui la perception d'une équipe de direction à l'écoute**,** notamment lors des échanges et des situations nécessitant un arbitrage.

À l'inverse, plusieurs points à améliorer ont été formulés. Les vacataires ont rapporté des situations de mauvais accueil ou d'accueil hétérogène selon les équipes et les étages, une charge de travail perçue comme importante, ainsi qu'un manque de temps d'intégration (repères insuffisants sur l'organisation de la journée, les rôles, les habitudes de l'unité et les attendus). Ces constats font apparaître un risque de rupture précoce : lorsque l'intégration est insuffisamment sécurisée, la prise de poste est vécue comme plus difficile, ce qui peut peser sur la satisfaction, l'engagement et la projection dans l'établissement.

Enfin, les échanges ont débouché sur des propositions opérationnelles visant à sécuriser l'organisation et l'intégration : mise en place d'un point d'organisation à 9h dans chaque étage afin de clarifier la répartition des tâches et les priorités de la journée ; formation de certain membres de l'équipe à l'accueil des nouveaux arrivants ; mise à disposition d'un livret d'accueil en salle de transmissions et envoi systématique par mail aux vacataires en amont ; et intégration des fiches de poste dans le classeur du planning afin de rendre accessibles les repères de fonctionnement et les attendus. Ces propositions constituent des leviers concrets, directement mobilisables dans le plan d'actions du projet managérial.

Questionnaires auprès des professionnels (annexe 3)

L'envoi d'un questionnaire auprès de professionnels de différents établissements (environ une centaine de retours, incluant cadres, IDE, AS/ASH et personnels administratifs) a permis de consolider le diagnostic en objectivant les facteurs d'attractivité et de fidélisation, mais aussi les motifs de départ et les attentes d'amélioration. Les réponses confirment que la fidélisation ne se résume pas à un seul levier : elle résulte d'une combinaison entre conditions d'exercice, organisation du travail, qualité du management de proximité, climat d'équipe et perspectives d'évolution.
Les motifs de départ les plus fréquemment évoqués concernent d'abord la projection professionnelle (évolution/carrière), puis la rémunération, l'organisation du travail et la

reconnaissance. Les suggestions d'amélioration convergent sur quelques priorités : renforcer la reconnaissance (au sens managérial et institutionnel), améliorer la communication interne, sécuriser l'intégration des nouveaux arrivants, et réduire les irritants liés aux moyens matériels/locaux (matériel, outils, locaux, ergonomie). Cette hiérarchisation montre que, même lorsque la rémunération est citée, les réponses insistent fortement sur les dimensions organisationnelles et relationnelles : « tenir » dans un établissement dépend largement de la possibilité de travailler dans de bonnes conditions, avec des repères clairs et un collectif soutenant.

Comparaison selon les secteurs (public / privé / associatif) :

- ✓ **Dans le secteur public**, les retours soulignent davantage des besoins liés aux moyens concrets (matériel/locaux), à la reconnaissance et à la formation, avec une attention portée aux conditions permettant de soutenir les équipes dans la durée (organisation, charge, régularité des échanges).

- ✓ **Dans le secteur privé**, la rémunération et la reconnaissance apparaissent plus souvent comme des facteurs discriminants, avec des attentes marquées sur la valorisation et sur les conditions proposées (organisation, intégration).

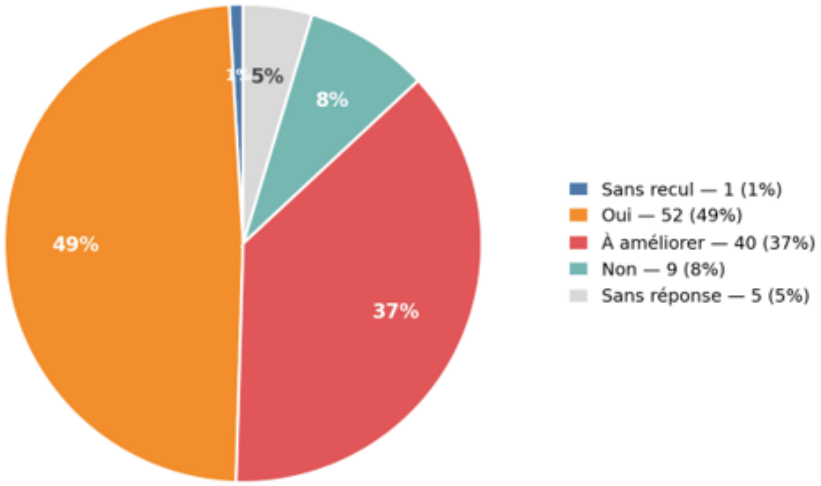
- ✓ **Dans l'associatif**, notamment au sein des établissements du même groupe, les réponses mettent fortement en avant l'enjeu de carrière/évolution, mais aussi des axes très opérationnels : communication, organisation, intégration, et disponibilité des outils/matériels.

Les retours confirment qu'une politique d'intégration structurée et des repères partagés constituent un facteur clé pour stabiliser les équipes, en particulier lorsqu'il existe un recours important aux remplacements. Ces résultats confortent l'idée que l'attractivité et la fidélisation se construisent au quotidien à travers :

- ✓ Une intégration sécurisée (repères, accueil, tutorat),
- ✓ Un management de proximité structurant (communication, reconnaissance, cohérence des priorités),
- ✓ Une organisation du travail « tenable » (charge régulée, moyens disponibles),
- ✓ Des perspectives de développement (formation, missions, évolution).

L'analyse des questionnaires apporte ainsi une base solide pour orienter le plan d'actions du projet managérial, en cohérence avec les leviers retenus en fin de cadre conceptuel.

Document 7 : Qualité de l'intégration

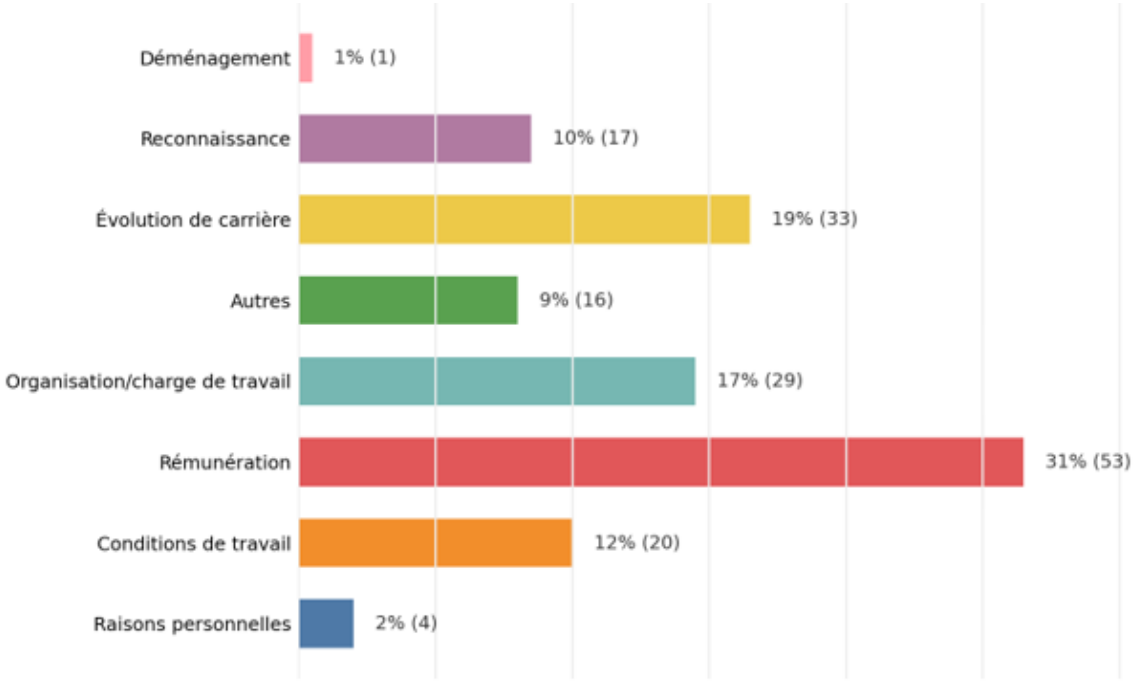


Source : auteur, Extraction du questionnaire sur la fidélisation des équipes

Ce diagramme met en évidence une appréciation globalement favorable de l'intégration, tout en soulignant une marge de progression importante. Près d'un répondant sur deux (49%) estime que le parcours d'intégration facilite l'engagement à long terme, mais plus d'un tiers (37%) considère qu'il reste « à améliorer ». Une minorité (8%) juge que l'intégration ne facilite pas l'engagement, tandis que 5% n'ont pas répondu et 1% déclare ne pas avoir suffisamment de recul. Ces résultats indiquent que l'établissement dispose d'une base d'accueil perçue positivement, mais que la structuration et l'homogénéité de l'intégration demeurent un enjeu, en particulier pour sécuriser les premiers jours, réduire les incompréhensions et prévenir les ruptures précoces.

Dans le cadre du projet managérial, ce constat justifie directement les actions engagées pour renforcer les repères dès l'arrivée : diffusion d'un livret d'accueil, clarification des rôles et des attendus via les fiches de poste, et mise en place de modalités d'accompagnement plus systématiques lors de la prise de poste.

Document 8 : Facteurs pouvant inciter à partir



Source : auteur, Extraction du questionnaire sur la fidélisation des équipes

Ce graphique hiérarchise les principaux motifs susceptibles d'inciter les professionnels à quitter l'établissement. La rémunération ressort comme premier facteur (31%, n=53), devant les perspectives d'évolution (19%, n=33) et l'organisation/charge de travail (17%, n=29). Les conditions de travail (12%, n=20) et la reconnaissance (10%, n=17) sont également citées de manière significative, ce qui confirme que la fidélisation repose sur un ensemble de déterminants imbriqués : attractivité financière, capacité à se projeter professionnellement, « tenabilité » du travail au quotidien et qualité de la reconnaissance. Les réponses « autres » (9%, n=16) et les motifs personnels (dont raisons personnelles et déménagement) apparaissent plus minoritaires, mais rappellent que certaines décisions relèvent aussi de trajectoires individuelles.

Ces résultats confortent l'orientation du projet managérial : agir simultanément sur les leviers organisationnels et managériaux (repères, intégration, régulation de la charge, reconnaissance, perspectives via tutorat/formation), tout en objectivant la question salariale et l'attractivité comparative dans un environnement concurrentiel.

J'ai choisi de représenter graphiquement la qualité de l'intégration et les facteurs pouvant inciter à partir car ce sont deux indicateurs à la fois structurants et directement actionnables dans le cadre du projet managérial.

D'une part, les facteurs de départ offrent une lecture synthétique et hiérarchisée des risques de turn-over : ils permettent de justifier les orientations stratégiques du plan d'action (organisation/charge, reconnaissance, parcours/évolution, attractivité financière) et de relier les constats aux leviers mobilisables à l'échelle de l'établissement.

D'autre part, la qualité de l'intégration constitue un indicateur clé dans un contexte de tension RH, car elle conditionne la stabilisation précoce des recrutements : améliorer l'accueil, clarifier les repères et sécuriser les premiers temps réduit le risque de départ durant la période d'essai et, plus largement, renforce la fidélisation.
Les autres dimensions (conditions matérielles, fierté, recommandation, etc.) restent intégrées à l'analyse globale et figurent en annexe, mais elles apportent surtout des éléments complémentaires, alors que les deux indicateurs retenus orientent plus directement les décisions et la priorisation des actions du projet.

Retours stagiaires : attractivité « vécue » du terrain (annexe 5 et 6)
La mise en place d'un livret d'accueil stagiaire, transmis aux écoles et aux étudiants avant le début du stage (avec le planning prévisionnel et l'identification du tuteur), ainsi que d'un questionnaire de fin de stage, vise à capter un indicateur précoce d'attractivité : l'expérience réellement vécue sur le terrain, la qualité de l'accueil et de l'intégration, et l'intention éventuelle de postuler à l'issue du stage. Cette démarche permet d'appréhender la résidence comme un terrain de socialisation professionnelle et un levier de pré-recrutement, en agissant dès la phase de formation.

Mis en place début janvier 2026, le dispositif a pour l'instant généré peu de retours (cinq questionnaires), ce qui constitue une limite à ce stade. Néanmoins, les premiers résultats convergent : ils décrivent un accueil et une intégration satisfaisants, un encadrement jugé de qualité, des équipes perçues comme bienveillantes et disponibles pour accompagner l'apprentissage, ainsi qu'une intention de recommander l'établissement à d'autres étudiants. Ces premiers éléments confortent l'intérêt de poursuivre la collecte afin d'obtenir un volume de retours plus représentatif et de suivre l'évolution de l'attractivité « vécue » dans le temps.

Le diagnostic met en évidence que la difficulté ne relève pas uniquement du recrutement, mais de la stabilisation des équipes dans la durée. Les fragilités se situent à plusieurs niveaux : sécurisation de l'entrée (no-show, départs précoces), repères d'intégration et transmission, conditions d'exercice et organisation du travail, reconnaissance et dynamique collective, visibilité et vivier territorial. Ces dimensions se combinent et alimentent un cercle de tension : instabilité → recours aux remplacements → surcharge → usure → départs, avec un coût économique et un impact sur la continuité et la qualité des accompagnements.

3.2 Conduite de projet et construction du plan d'action

Cette partie présente la démarche de conduite du projet managérial mise en œuvre à la Maison de la Châtaigneraie, depuis l'analyse du diagnostic jusqu'à la construction des actions. Elle vise à expliciter la méthode de pilotage retenue, les moyens mobilisables, ainsi que les contraintes et facteurs de réussite identifiés.
À partir des données collectées (indicateurs RH/financiers, DUERP, retours d'équipe, questionnaires, stagiaires), l'enjeu est de prioriser les besoins et de transformer les constats en un plan d'actions réaliste, cohérent et évaluable. Cette conduite de projet s'appuie sur des outils de structuration et de décision (SWOT, sociogramme, Gantt) permettant d'anticiper les résistances, de mobiliser les acteurs clés et de planifier les étapes. L'objectif est ainsi de sécuriser le déploiement des actions et d'assurer un pilotage ajusté dans le temps, en cohérence avec les instances et le fonctionnement de l'établissement.

Le projet a été cadré en amont par une lettre de mission et une fiche projet, validées par la direction de l'établissement. Ces documents précisent le périmètre

(recrutement et fidélisation des équipes soignantes), les objectifs, les acteurs impliqués, les moyens mobilisables, ainsi que les modalités de pilotage et de reporting. Ils constituent le socle de la conduite de projet en assurant un cadre partagé, une légitimité institutionnelle et une clarification des responsabilités. La lettre de mission formalise notamment la désignation du chef de projet et les attendus généraux, tandis que la fiche projet décline les objectifs opérationnels, les ressources, le calendrier et les critères d'évaluation (annexes 1 et 2).

3.2.1 Méthodologie de conduite de projet

La conduite du projet repose sur une démarche structurée en quatre temps : diagnostiquer, co-construire, déployer, évaluer/ajuster.

Le diagnostic s'appuie sur un croisement de sources : données objectivées (contrôle de gestion sur le coût des vacataires, indicateurs de recours à Hublo, documents institutionnels tels que CPOM, DUERP, projet d'établissement, évaluation externe) et données qualitatives (réunions d'équipe fixes/vacataires, questionnaires auprès de professionnels, retours stagiaires). Cette triangulation permet d'identifier les facteurs organisationnels et managériaux contribuant à la tension RH, au-delà de la pénurie.

La phase de co-construction s'inscrit dans une logique de management de proximité et de subsidiarité : elle vise à associer les équipes aux constats et aux solutions via un COPIL « fidélisation » et des échanges réguliers.

La phase de déploiement privilégie dans un premier temps des mesures simples et rapidement opérationnelles, afin d'obtenir des effets visibles sur l'intégration et les repères de travail, tout en engageant progressivement des actions plus structurantes (partenariats, mobilité domicile/travail pour améliorer l'accessibilité de l'établissement, formation).

Enfin, l'évaluation reposera sur les données déjà disponibles (contrôle de gestion, suivi du recours à Hublo, retours des questionnaires et des stagiaires) et sur la construction progressive d'un tableau de bord d'indicateurs partagé en COPIL, permettant d'objectiver les résultats et d'ajuster les actions (annexe 8).

Le calendrier du projet est construit à partir des contraintes de fonctionnement de l'établissement (instances, disponibilité des équipes, périodes de congés, charge d'activité) afin de sécuriser une mise en œuvre progressive, réaliste et durable. Il s'inscrit dans une temporalité de moyen terme (18 à 24 mois), avec des points d'étape réguliers permettant des ajustements.

3.2.2 Analyse de l'environnement et attractivité externe

L'attractivité de la Maison de la Châtaigneraie s'inscrit dans un environnement local caractérisé par une concurrence inter-établissements (public/privé/associatif) et une tension accrue sur les métiers infirmiers et aides-soignants. Dans ce contexte, l'attractivité externe dépend à la fois de facteurs « durs » (rémunération, primes, conditions contractuelles) et de facteurs « doux » (climat social, reconnaissance, qualité de l'intégration, organisation du travail).

Une comparaison des politiques de rémunération et d'avantages (ADEF / grands groupes privés tels que DomusVi, Emeis, etc.) peut être mobilisée comme élément de contexte : salaire de base, primes, éventuels chèques cadeaux, remboursement des

frais kilométriques/titres de transport, avantages liés à l'organisation du travail. L'objectif n'est pas de produire un benchmark exhaustif, mais d'objectiver des écarts perçus par les candidats et de comprendre ce qui peut constituer un facteur d'attractivité ou de départ (annexe 7).
L'accessibilité constitue une contrainte spécifique majeure : située en zone pavillonnaire et peu desservie par les transports en commun, la résidence dépend fortement de la mobilité automobile. Cette réalité renforce l'intérêt d'actions sur la mobilité (aide au permis, transport à la demande, solutions locales avec la commune/région), car elle conditionne l'accès à l'emploi pour des professionnels et étudiants, notamment les plus jeunes.

3.2.3 Acteurs, parties prenantes et sociogramme

La réussite du projet repose sur l'identification des parties prenantes et sur une stratégie d'adhésion.

Les acteurs internes sont : direction d'établissement, IDEC (pilotage), cadres/encadrants, IDE, AS, vacataires, équipes hôtelières, secrétariat, représentants du personnel, ainsi que les fonctions support du siège (recrutement, communication, formation).

Les acteurs externes incluent : IFSI/IFAS partenaires, ARS, commune/région (mobilité), prestataires ou partenaires de formation.

Le sociogramme permet d'identifier les acteurs ayant une influence importante dans l'établissement et de comprendre leur positionnement vis-à-vis du projet. Trois profils se distinguent généralement :

- ✓ **Les alliés/porteurs**, c'est-à-dire les professionnels moteurs qui soutiennent le projet et peuvent l'entraîner (par exemple IDE/AS référents, tuteurs, soignantes volontaires pour participer à la communication).

- ✓ **Les professionnels en position d'observation**, ni favorables ni opposés au départ : ils attendent de voir si le projet apporte des améliorations concrètes dans le quotidien (organisation, intégration, ambiance). Leur adhésion dépend surtout des résultats visibles et de la cohérence entre ce qui est annoncé et ce qui est réellement mis en œuvre.

- ✓ **Les opposants potentiels**, qui expriment des réserves, le plus souvent parce qu'ils craignent une surcharge supplémentaire, doutent de l'efficacité (au regard d'expériences passées), ou anticipent des changements vécus comme contraignants.

L'enjeu managérial est donc, d'une part, d'impliquer les alliés dès le début dans la co-construction (réunions, COPIL, rôle de référents), afin qu'ils deviennent des relais au sein des équipes. D'autre part, il s'agit de convaincre progressivement les professionnels en position d'observation grâce à des mesures simples et rapidement opérationnelles, qui améliorent concrètement le travail (repères d'intégration, organisation de la journée, outils accessibles).

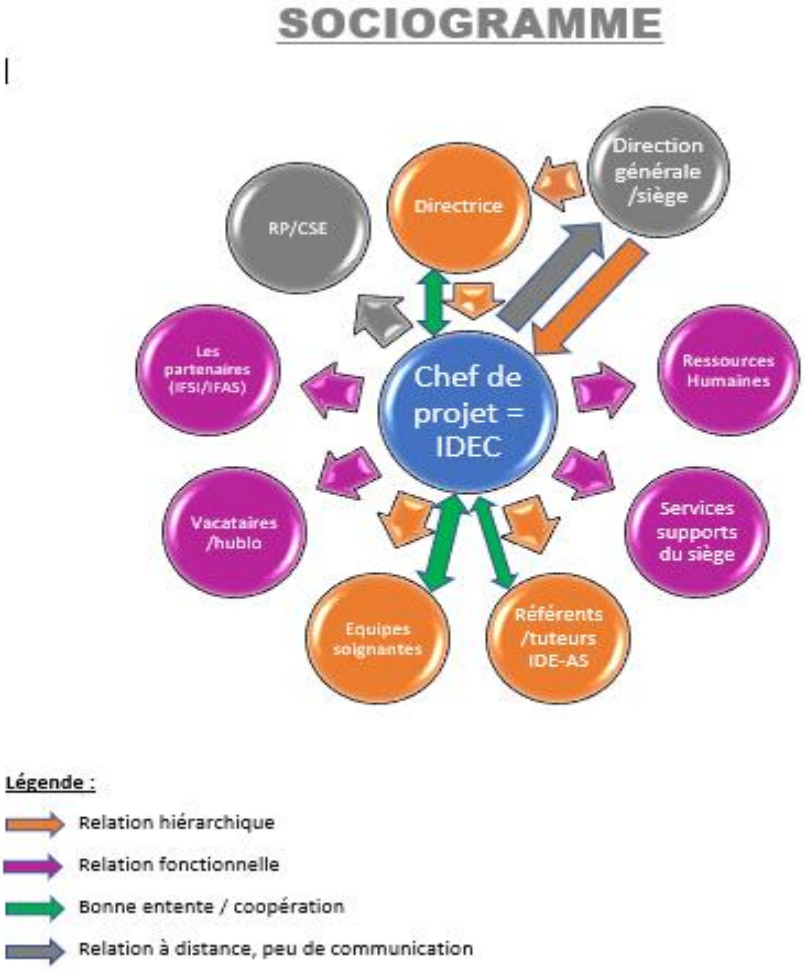
Enfin, pour limiter les résistances, il est essentiel de traiter les contraintes qui pèsent sur les équipes :

- ✓ Le temps disponible (éviter de multiplier les réunions, privilégier des formats courts, intégrés au fonctionnement),

- ✓ La charge de travail (ne pas ajouter des tâches sans supprimer des irritants ; clarifier la répartition),
- ✓ L'équité (éviter que les mêmes personnes portent toujours le projet ou que les vacataires soient systématiquement « plus chargés »),
- ✓ La reconnaissance (valoriser les rôles de tuteurs/référents, rendre visibles les efforts et les améliorations).

Cette approche permet d'éviter que le projet soit perçu comme une injonction supplémentaire et de favoriser une adhésion durable des équipes.

Document 9 : Sociogramme



Source : créer par l'auteur

Le sociogramme ci-dessus permet de visualiser les acteurs clés du projet et la nature des relations mobilisées autour de l'IDEC, chef de projet.
La direction générale / siège y apparaît comme un acteur de validation du projet, avec un soutien institutionnel à ce stade sans financement dédié.
À l'échelle de l'établissement, la directrice, les ressources humaines (siège) et l'IDEC constituent le noyau de pilotage et de décision, garantissant le cadrage, l'arbitrage et la mise en cohérence des actions. Les équipes soignantes, les référents/tuteurs IDE-AS et les vacataires représentent quant à eux les acteurs opérationnels centraux, directement concernés par la sécurisation de l'intégration et les conditions de fidélisation au quotidien.

Enfin, les services supports du siège (communication, formation, etc.) et les partenaires IFSI/IFAS jouent un rôle de relais fonctionnels indispensables pour structurer le recrutement, renforcer le vivier (stages/partenariats) et améliorer la visibilité de l'établissement.

L'ensemble met en évidence une forte dépendance du projet à la mobilisation des acteurs internes (direction, équipes), tandis que certains acteurs externes ou supports (siège, IFSI/IFAS) interviennent de manière plus ponctuelle et parfois à distance, ce qui implique une coordination renforcée et un rôle d'interface majeur pour le cadre de santé afin d'assurer la continuité des actions.

3.2.4 Freins et leviers au changement

Plusieurs freins peuvent être identifiés :
D'abord, un risque de surcharge : les équipes peuvent percevoir le projet comme une tâche supplémentaire (réunions, tutorat, communication).
Ensuite, la variabilité des effectifs (recours aux vacataires) peut fragiliser la continuité des actions et la cohérence des pratiques.
Un autre frein tient à l'expérience passée : des actions antérieures jugées sans effets peuvent générer du scepticisme.
Enfin, les contraintes d'accessibilité et la concurrence territoriale limitent la capacité de recrutement, indépendamment de la qualité interne.

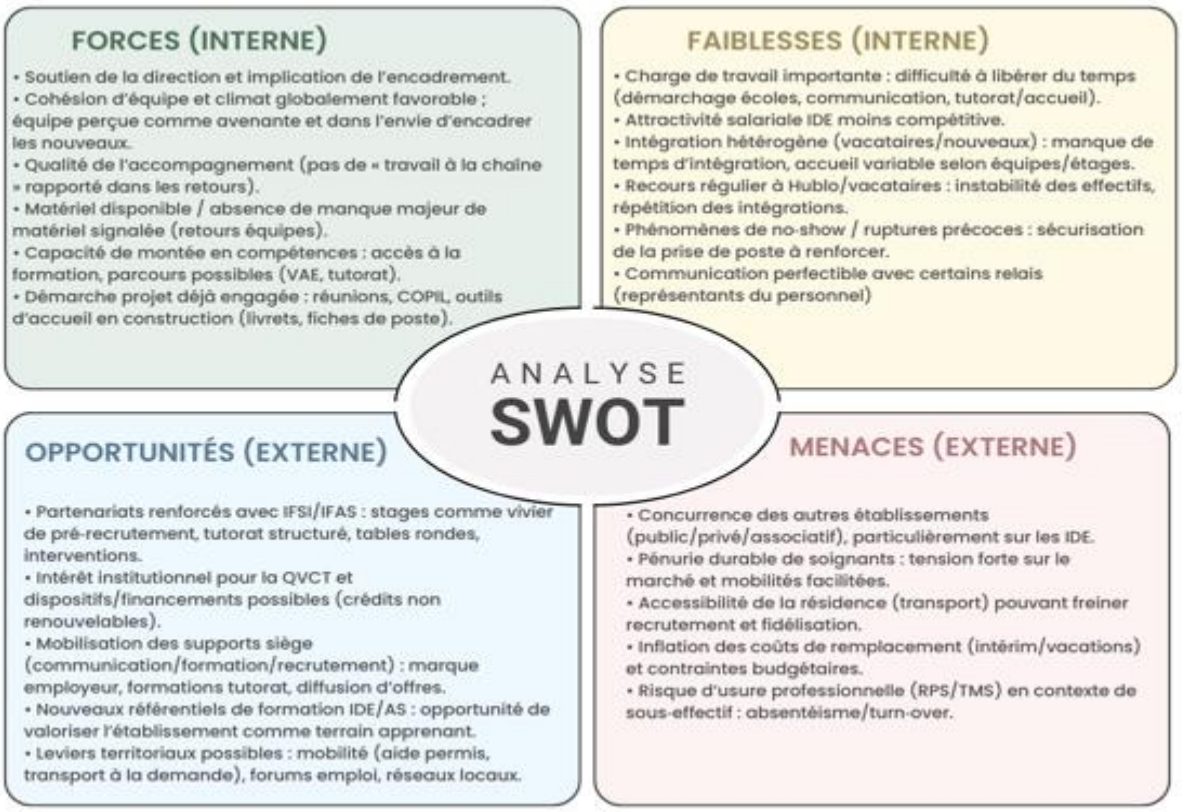
À l'inverse, plusieurs leviers favorisent le changement : un climat d'équipe jugé globalement positif, une direction perçue comme à l'écoute, des actions déjà engagées et visibles (livret d'accueil, fiches de poste, réunions), ainsi que la possibilité de s'appuyer sur des partenariats (IFSI/IFAS, siège, formation).

La stratégie consiste donc à sécuriser le changement par des objectifs réalistes, des actions progressives, des gains rapides, un suivi d'indicateurs et une communication interne transparente.

3.2.5 Diagnostic stratégique : SWOT

L'analyse SWOT permet de synthétiser les résultats du diagnostic et de positionner l'établissement.

Document 10 : SWOT



Source : créé par l'auteur

L'analyse SWOT met en évidence un établissement disposant de points d'appui internes (climat d'équipe, qualité de l'accompagnement, soutien de la direction) mais confronté à des fragilités organisationnelles (intégration hétérogène, charge de travail, recours aux remplacements) et à un environnement concurrentiel marqué (pénurie, concurrence sur les IDE, accessibilité).

À partir de ces constats, l'analyse met en évidence quatre axes stratégiques qui structurent le projet. Le premier consiste à sécuriser l'entrée et l'intégration des nouveaux arrivants et des vacataires afin de limiter les ruptures précoces et les situations de no-show. Le deuxième vise à renforcer le management de proximité et la reconnaissance du travail réel pour consolider l'engagement et la cohésion des équipes. Le troisième porte sur l'organisation du travail et les conditions d'exercice, y compris la mobilité domicile/travail, afin de rendre l'activité plus « tenable » au quotidien. Enfin, le quatrième axe vise à structurer un vivier territorial et à renforcer la visibilité de l'établissement (IFSI/IFAS, politique stagiaire, communication), en s'appuyant sur les ressources du siège et les partenariats, tout en inscrivant l'ensemble dans une logique de pilotage par indicateurs permettant des ajustements dans le temps. La section suivante décline ces orientations dans un plan d'actions opérationnel.

3.3 Plan d'actions

Au regard du diagnostic, des résultats du questionnaire et de la SWOT, le projet retient quatre orientations structurantes. Elles couvrent l'ensemble du continuum « recruter – intégrer – fidéliser » en agissant simultanément sur la sécurisation de l'entrée dans l'établissement, la consolidation du collectif, la tenabilité du travail et la construction d'un vivier territorial. L'objectif n'est pas de juxtaposer des mesures, mais de construire

un dispositif cohérent et durable, reposant sur des ajustements organisationnels et managériaux, et sur la mobilisation progressive de ressources internes et externes.

Le plan d'actions est présenté ci-dessous levier par levier, en distinguant les actions déjà engagées et celles à déployer.

3.3.1 Levier 1 : Intégration, sécuriser l'entrée et la prise de poste

La sécurisation de la prise de poste a constitué un axe prioritaire, car les retours d'équipes ont mis en évidence une intégration parfois insuffisamment structurée, notamment pour les vacataires, et parce que des ruptures précoces peuvent désorganiser immédiatement les plannings.

Dans ce cadre, un **livret d'accueil** destiné aux nouveaux arrivants et aux vacataires a été réactualisé via le groupe COPIL « fidélisation » mis en place en octobre 2025. Cette action vise à réduire l'incertitude dès l'arrivée en apportant des repères simples : fonctionnement de la résidence, éléments d'organisation du quotidien, informations pratiques et attentes. Le livret est désormais disponible sur site est transmis en amont par mail, afin d'anticiper la prise de poste et d'améliorer la qualité de l'accueil.

En complément, les **fiches de poste** ont été intégrées au classeur du planning. Cette mesure répond à un besoin exprimé en réunion : clarifier les rôles et les attendus (IDE/AS/vacataires) afin de limiter les ambiguïtés, sécuriser la répartition du travail et faciliter l'intégration, en particulier lorsque l'équipe est mixte (fixes et remplaçants). L'accès direct aux fiches de poste permet de stabiliser un cadre commun, de réduire les incompréhensions et de soutenir un fonctionnement plus fluide.

Pour sécuriser davantage l'entrée dans l'établissement, un **mail pré-prise de poste** est envoyé aux professionnels recrutés. Ce message confirme la date d'intégration et précise les éléments indispensables pour préparer l'arrivée (horaires, jours travaillés, organisation, informations liées à Netvie, logiciel soins). L'objectif est double : limiter les malentendus et sécuriser le passage entre l'entretien de recrutement et la première journée de travail, période identifiée comme fragile lorsque l'environnement est tendu.

À la suite des propositions formulées lors des réunions de novembre 2025, un **point d'organisation à 9h dans chaque étage** a été mis en place à titre d'expérimentation, afin d'en évaluer l'effet sur l'organisation et la charge perçue. Cette mesure vise à clarifier dès le début de journée la répartition des tâches et les priorités, à intégrer plus efficacement les vacataires et à éviter une organisation « au fil de l'eau », source de surcharge et de tensions. La régularité de ce temps d'ajustement contribue à améliorer la coordination, à sécuriser le déroulement de la journée et à réduire la perception d'une charge de travail déséquilibrée entre professionnels.

Enfin, deux actions complémentaires sont envisagées pour renforcer la sécurisation de l'intégration. La première consiste à mettre en place une **confirmation J-2** (appel ou message bref) afin de sécuriser la présence le jour J et de rappeler les informations essentielles (lieu, heure, accès, référent identifié). La seconde prévoit des **points d'intégration à J+7 et J+30**, d'une durée courte, afin d'identifier précocement les difficultés, d'ajuster les repères, et de prévenir les départs précoces. Ces actions ont vocation à être adaptées aux contraintes de terrain, pour ne pas alourdir l'organisation, mais permettre un minimum de suivi structurant.

L'évaluation de ce levier reposera sur un suivi combinant des indicateurs de sécurisation de la prise de poste et de stabilisation des nouveaux arrivants. Le premier indicateur est le no-show, suivi mensuellement à partir du planning : il pourra être exprimé à la fois en nombre et en taux, en rapportant les prises de poste effectives aux prises de poste confirmées. Ce suivi pourra être complété par une mesure des ruptures précoces (départs pendant la période d'essai, ou départs avant 3 mois), ainsi que les données du turn-over à 3 et 6 mois (point avec service RH du siège). En parallèle, des indicateurs de mise en œuvre permettront d'objectiver la régularité des actions (proportion de mails pré-prise de poste envoyés, confirmations J-2 réalisées, points J+7/J+30 effectués). Enfin, une évaluation qualitative rapide sera mise en place sous forme d'un entretien d'intégration à J+30, afin de mesurer la qualité perçue de l'accueil, la clarté des repères et le soutien reçu. L'ensemble sera consolidé dans le tableau de bord et discuté en COPIL pour ajuster les modalités d'intégration.

3.3.2 Levier 2 : Management de proximité, reconnaissance et engagement : consolider le collectif

Les retours qualitatifs et l'analyse du questionnaire confirment que le climat d'équipe, l'écoute et la reconnaissance constituent des déterminants majeurs de fidélisation. Dans cette logique, des réunions d'équipe associant fixes et vacataires ont été organisées en novembre 2025. Elles ont permis de faire émerger des points d'appui (proximité du domicile, bon accueil, bonne entente, absence de « travail à la chaîne », matériel disponible, direction à l'écoute), mais aussi des points à revoir (accueil perçu comme hétérogène, charge de travail des vacataires, manque de temps d'intégration). Ces réunions ont constitué une étape essentielle de mise en visibilité des difficultés et de co-construction de propositions opérationnelles.

Afin d'inscrire la démarche dans la durée, un **COPIL « fidélisation »** a été mis en place. Ce comité a pour objectif de structurer la conduite du projet : prioriser les actions, définir les modalités de mise en œuvre, suivre les résultats et ajuster lorsque nécessaire. Il évite que le projet soit porté uniquement par l'IDEC et contribue à légitimer les décisions, car il formalise un espace d'échange et d'arbitrage. Le COPIL se regroupe tous les 3-4 mois pour faire des réunions de suivi.

Le projet prévoit ensuite de mettre en place des **temps courts et réguliers** centrés sur les irritants du quotidien (« ce qui aide / ce qui bloque »), afin d'organiser la discussion sur le travail réel et d'identifier des ajustements concrets. L'objectif est de renforcer la participation des équipes sans multiplier les réunions longues, en intégrant ces temps dans une organisation réaliste. Ce format permet de transformer progressivement les irritants en actions correctrices, et de soutenir la cohésion.

Enfin, une action spécifique concerne la **reconnaissance** du travail et des rôles structurants. Le projet vise à formaliser des marqueurs simples : retours réguliers sur les actions menées, valorisation des initiatives, mise en avant des référents et tuteurs, et reconnaissance explicite des efforts en période tendue. L'enjeu est de rendre visible le travail réel et de consolider l'engagement, dimension qui ressort fortement des déterminants de fidélisation.

Le suivi de ce levier visera à objectiver à la fois la dynamique collective et les effets du management de proximité sur l'engagement. Une première mesure portera sur la participation aux instances et temps d'échange (réunions, COPIL), suivie sous forme de taux de présence et de traçabilité via des comptes rendus. Pour rendre visible l'efficacité des temps centrés sur les irritants, un suivi simple pourra être construit sous la forme d'un registre d'irritants (identifiés, traités, en cours, non traités), permettant de

mesurer la capacité du collectif à transformer des constats en actions. En complément, un court sondage trimestriel permettra d'évaluer la perception de l'ambiance, de la reconnaissance, de la communication interne et de l'équité de la charge de travail. Un indicateur synthétique de type « intention de recommander l'établissement à un collègue » peut également être utilisé comme repère de climat social. Ces éléments seront analysés de manière régulière en COPIL afin d'ajuster les modalités de communication, de reconnaissance et de participation.

3.3.3 Levier 3 : Conditions d'exercice et accessibilité

Les résultats du questionnaire mettent en évidence que l'organisation du travail et les conditions d'exercice figurent parmi les facteurs pouvant inciter à partir, ce qui justifie un axe spécifique visant la « tenabilité ».
Les actions déjà engagées sur les repères (fiches de poste) et l'organisation (point 9h) participent à cette régulation en clarifiant la répartition du travail et en limitant les zones d'incertitude. En complément, le COPIL et les temps courts d'équipe permettront de prioriser les irritants organisationnels à traiter (répartition de charge, transmissions, priorités en situation dégradée), afin de réduire les formes de travail dégradé.

La contrainte d'accessibilité de la résidence impose également d'agir sur la **mobilité domicile–travail**, identifiée comme un frein concret au recrutement et à la fidélisation. Une recherche d'appels à projets de l'ARS a été menée à ce stade sans repérer de dispositif mobilisable immédiatement.
En parallèle, des démarches ont été engagées en **mars 2026** auprès de la mairie de Leuville-sur-Orge, de Cœur d'Essonne Agglomération et du Conseil départemental, afin d'explorer les leviers territoriaux pouvant soutenir l'accès à l'établissement ; ces sollicitations sont en attente de retour.
La résidence se situe sur un territoire disposant déjà d'un dispositif de **transport à la demande (TAD)**, mais celui-ci fonctionne principalement en heures creuses en semaine, alors que les besoins de l'établissement concernent davantage les soirées (fin de poste à 21h) et les week-ends, périodes où l'offre de transport est plus limitée. Dans ce contexte, l'identification, sur le site de Cœur d'Essonne Agglomération, du **« Projet de territoire 2030 »**[46] comprenant une thématique dédiée à l'amélioration des déplacements constitue une opportunité : elle ouvre la possibilité d'inscrire la problématique de mobilité des professionnels de santé dans des dynamiques locales de renforcement de l'offre de transport. L'objectif est de réduire cette barrière territoriale, particulièrement pénalisante pour les jeunes professionnels et les étudiants, afin d'améliorer l'attractivité et la stabilisation des équipes.

Ces démarches relèvent d'un levier structurel de moyen terme, dont les effets dépendront des réponses institutionnelles ; elles viennent compléter des actions immédiatement opérationnelles menées en interne sur l'intégration, l'organisation du travail et le management de proximité.

L'évaluation de ce levier s'appuiera principalement sur des indicateurs organisationnels, complétés par des données RH lorsque celles-ci sont disponibles. La tenabilité du travail pourra être objectivée par la couverture des plannings (taux de postes couverts, nombre de personnels non venus) et par le recours à Hublo (volume de vacations), suivis mensuellement. Les heures supplémentaires des soignants, disponibles via le planning, seront suivies mensuellement comme indicateur de tension organisationnelle.

[46] Cœur d'Essonne Agglomération. (s. d.). Projet de territoire 2030

Sur le versant santé au travail, le suivi pourra intégrer l'absentéisme et, en lien avec le DUERP, l'observation des motifs dominants (TMS, RPS, etc.), afin d'identifier des signaux faibles d'usure professionnelle. Une mesure qualitative simple peut également être mise en place sous la forme d'une question courte sur la charge perçue (échelle 1 à 5 ou question fermée), à fréquence trimestrielle. Concernant la mobilité, les effets étant de moyen terme, l'évaluation reposera d'abord sur un suivi d'avancement sous forme de jalons (réponses obtenues, réunions réalisées, pistes identifiées) ; si un dispositif venait à être activé, un suivi du nombre de professionnels concernés permettrait d'objectiver l'impact potentiel sur l'attractivité.

3.3.4 Levier 4 : Vivier, partenariats, marque employeur et compétences : attirer et fidéliser en amont

La construction d'un vivier territorial constitue un axe structurant, car la tension sur l'emploi impose de travailler le recrutement en amont.
Une première action a consisté à créer un **livret d'accueil stagiaire** transmis en amont du stage aux écoles et aux étudiants, incluant le planning et l'identification du tuteur. Cette mesure vise à sécuriser l'accueil dès l'entrée en stage et à améliorer l'expérience vécue, dans une logique de pré-recrutement.
En complément, un **questionnaire de fin de stage** a été mis en place début janvier 2026 afin de mesurer l'attractivité « vécue » du terrain : accueil, encadrement, ambiance, intention de postuler. Bien que le nombre de retours soit encore limité, les premiers éléments indiquent un accueil et une intégration satisfaisants, ainsi qu'une tendance à recommander l'établissement, ce qui justifie la poursuite de la collecte pour disposer d'une base plus représentative.

Une action majeure à déployer consiste à **formaliser des partenariats avec les IFSI/IFAS** du territoire. Le projet prévoit des rencontres régulières, la participation à des temps institutionnels (tables rondes, échanges pédagogiques), une meilleure circulation des offres de poste, et la structuration d'un tutorat cohérent avec les référentiels de formation. Dans cette dynamique, la venue de formatrices sur la résidence est en cours d'organisation afin de présenter aux équipes les réformes des référentiels aides-soignants et infirmiers et d'harmoniser les pratiques d'encadrement des étudiants au regard des attendus actuels. Le partenariat pourrait également être renforcé par la participation de l'établissement à des co-jurys de mémoires d'étudiants infirmiers, en lien avec les équipes pédagogiques, ce qui permettrait de consolider la relation école-terrain, de valoriser l'expertise des professionnels et d'améliorer la visibilité de la résidence auprès des futurs diplômés. Une piste de travail consiste enfin à renforcer la continuité du tutorat sur la durée de formation, en lien avec les écoles, afin de sécuriser les parcours et d'augmenter les probabilités de recrutement à moyen terme.

Un autre levier mobilisé pour développer le vivier de candidatures a été la participation à un **job dating** organisé le 5 mai 2026 par l'ACPPAV – École des métiers de la pharmacie, du paramédical et du médico-social (site de Juvisy), avec pour objectif de recruter de futurs AES. Cet événement a permis de rencontrer de nombreux étudiants, de présenter l'établissement, ses modalités d'accompagnement et les opportunités de postes, tout en répondant directement aux questions relatives aux conditions d'exercice et à l'intégration. À l'issue de la journée, la directrice et moi avons recueilli neuf CV et fixé un entretien d'embauche au 11 mai 2026. Celui-ci a abouti au recrutement d'un candidat, avec une prise de poste prévue mi-juin, illustrant l'intérêt d'actions de recrutement « de proximité » pour renforcer rapidement et concrètement le vivier de candidatures.

Le projet intègre également un volet « marque employeur » en lien avec le service communication du siège, avec l'objectif de **renforcer la visibilité de l'établissement via les réseaux sociaux**, aujourd'hui largement utilisés comme canal d'information et de repérage des employeurs, notamment par les jeunes professionnels. Il s'agit de rendre l'établissement plus identifiable et plus attractif en diffusant des contenus courts mettant en valeur le travail réel, l'ambiance d'équipe et le sens de l'accompagnement, en s'appuyant sur des soignantes volontaires, à l'aise avec ces outils, et en prévoyant du temps dédié pour sécuriser cette démarche. Cette orientation s'inscrit dans une dynamique déjà engagée au sein du groupe : certains établissements ADEF développent une présence sur les réseaux sociaux et ont notamment réalisé des vidéos de valorisation sur Instagram, en collaboration avec l'influenceuse **Maëlys Amimeur**[47], afin de promouvoir l'établissement et ses équipes. Dans cette continuité, l'enjeu pour la Maison de la Châtaigneraie est de s'inscrire dans une communication employeur cohérente, régulière et authentique, susceptible d'améliorer l'attractivité perçue et d'élargir le vivier de candidatures.

Enfin, le **développement des compétences** s'inscrit comme un levier de fidélisation. Le projet prévoit de travailler avec le service formation du siège (Harmonis) pour soutenir la formation au tutorat, accompagner la mise à jour des compétences liées aux référentiels, et valoriser les parcours (validation des acquis de l'expérience (VAE), évolutions possibles). L'objectif est de renforcer la projection professionnelle au sein de l'établissement, déterminant identifié dans les facteurs de fidélisation.

Le suivi de ce levier visera à objectiver la capacité de la résidence à constituer un vivier durable et à améliorer sa visibilité. La politique stagiaire pourra être suivie par le nombre de stagiaires accueillis, le taux de retour des questionnaires de fin de stage, et l'intention de postuler déclarée, consolidés trimestriellement. Les partenariats IFSI/IFAS pourront être évalués au travers d'indicateurs de réalisation (nombre de rencontres, actions menées, interventions, co-jurys, présence de formatrices), présentés sous forme de tableau de suivi semestriel. Concernant la marque employeur, le suivi pourra s'appuyer sur des indicateurs simples de production (nombre de contenus publiés, régularité) et, si les données sont accessibles via le service communication, sur des indicateurs de portée (vues, interactions), complétés par une question intégrée aux entretiens (« comment avez-vous connu l'établissement ? ») afin d'identifier les candidatures issues des réseaux. Enfin, sur le versant économique, l'évolution du coût des vacataires rapporté aux effectifs (données du contrôle de gestion) constituera un indicateur structurant, discuté en COPIL pour apprécier l'effet global du projet sur la stabilisation et la réduction du recours aux remplacements.

3.3.5 Planification : Diagramme de Gantt

Le projet est planifié sur une temporalité de **18 à 24 mois**, afin de permettre un déploiement progressif, compatible avec les contraintes de fonctionnement de l'établissement (plannings, congés, charge de travail, disponibilité des équipes) et avec la nécessité d'inscrire les actions dans la durée. Le diagramme de Gantt constitue le support de pilotage : il structure les étapes du projet (diagnostic, conception, déploiement, évaluation) et formalise les jalons de mise en œuvre, les responsabilités et les points d'étape permettant des ajustements.

[47]ADEF Résidences [@adef_residences], Une Résidente d'Ehpad Reine de TikTok… [Publication Instagram], 29 octobre 2024, Instagram

La première phase (mois 1 à 6) correspond à la **stabilisation des actions immédiates** visant à sécuriser l'intégration et l'organisation quotidienne. Elle comprend la formalisation et la diffusion des outils d'intégration (livret d'accueil nouveaux/vacataires, mail pré-prise de poste), la mise à disposition des fiches de poste dans le classeur planning, ainsi que la mise en place des points d'organisation à 9h dans les étages pour clarifier les priorités et soutenir l'intégration des vacataires. Cette phase comprend également l'installation des modalités de pilotage (COPIL fidélisation, premières revues) et la poursuite de la collecte des retours (annexe 5).

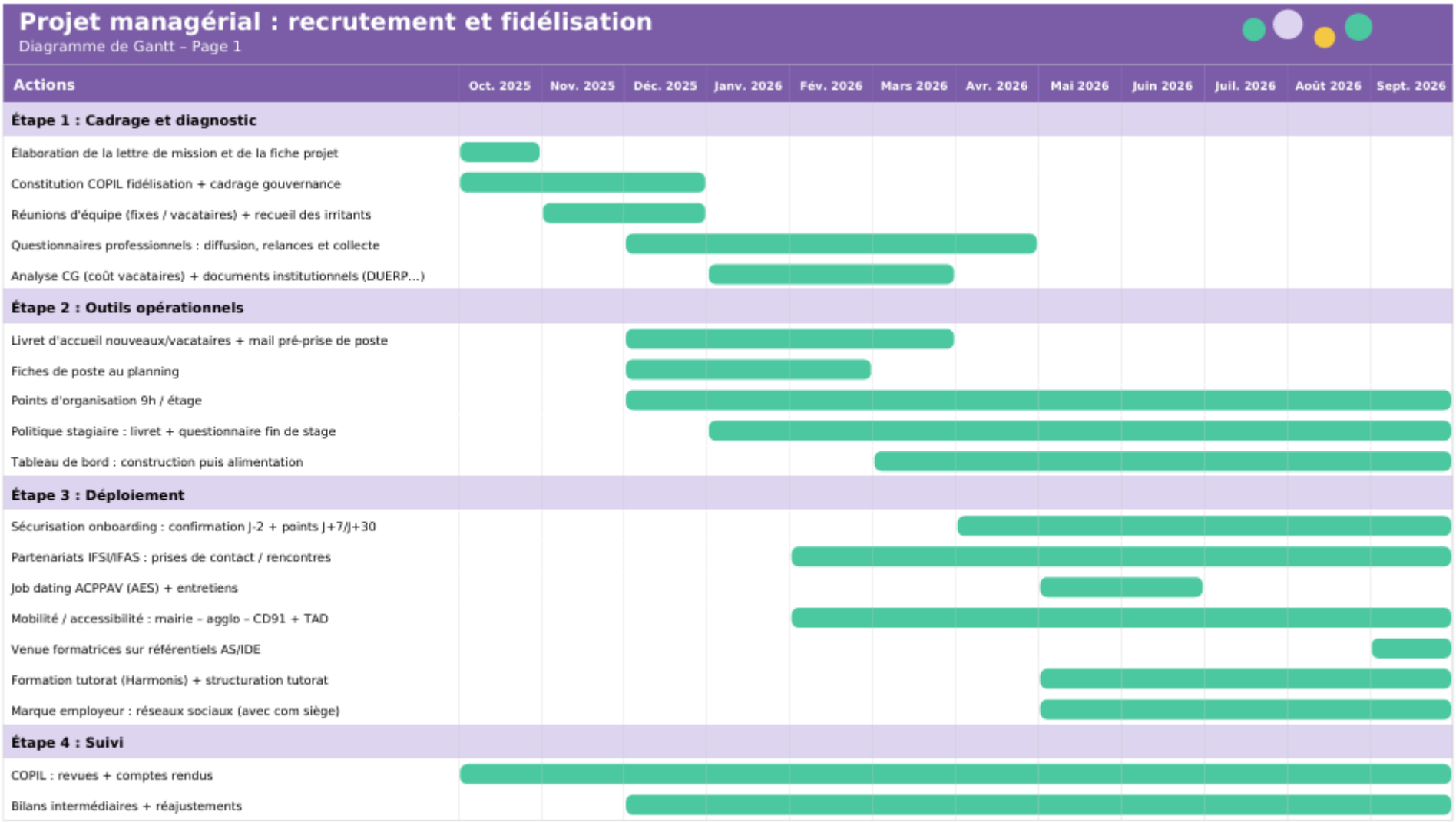
La deuxième phase (mois 6 à 12) vise **la consolidation du vivier et des partenariats**, en lien avec les écoles et les dispositifs de recrutement de proximité, tout en renforçant rapidement la sécurisation de l'intégration. Elle comprend la formalisation des échanges avec les IFSI/IFAS (rencontres, organisation d'actions communes, circulation des offres, possibilité de participation à des co-jurys de mémoires), ainsi que l'organisation de la venue de formatrices sur la résidence afin de présenter aux équipes les réformes des référentiels AS et IDE et d'harmoniser les pratiques d'encadrement des étudiants. Cette phase intègre également la structuration du tutorat, en lien avec Harmonis pour la formation des tuteurs. Par ailleurs, elle prévoit la mise en œuvre plus systématique d'actions simples et rapidement opérationnelles pour sécuriser la prise de poste, telles que la confirmation J-2 et les points d'intégration à J+7/J+30, afin de limiter les ruptures précoces. Enfin, cette période inclut la participation à des actions de recrutement ciblées, comme le job dating du 5 mai 2026 (ACPPAV – Juvisy) ayant permis de recueillir plusieurs candidatures et de planifier un entretien d'embauche, illustrant l'intérêt d'un recrutement « terrain » au contact direct des futurs professionnels.

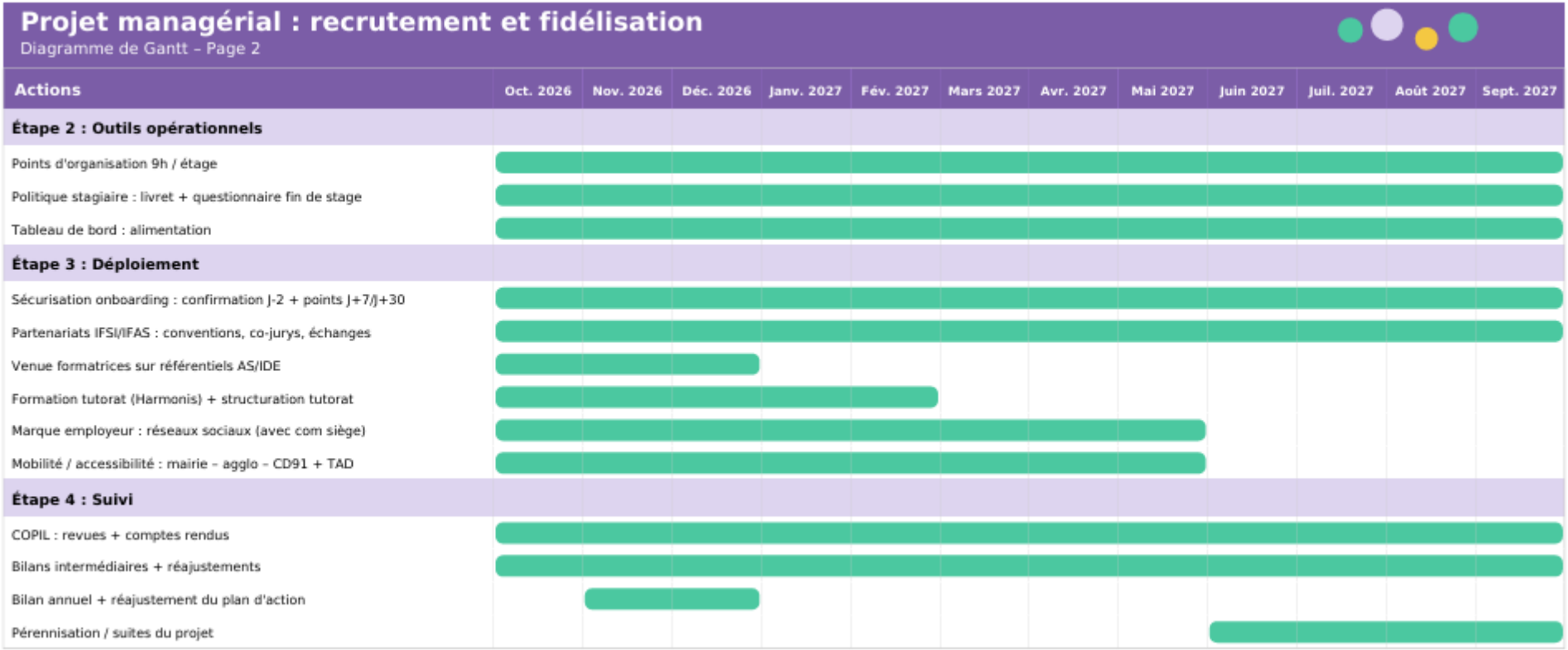
La troisième phase (mois 12 à 18) correspond au **déploiement renforcé de la marque employeur** et à la consolidation des actions de fidélisation engagées, afin d'inscrire la démarche dans la durée. Elle inclut la collaboration avec le service communication du siège pour développer une présence plus active sur les réseaux sociaux, à travers des contenus courts mettant en valeur le travail réel, l'ambiance d'équipe et le sens de l'accompagnement. Cette démarche s'appuie sur des soignantes volontaires et sur du temps dédié, dans la continuité des initiatives déjà menées au sein du groupe, et vise à améliorer l'attractivité perçue et à élargir le vivier de candidatures. Durant cette phase, les rituels d'équipe et la dynamique COPIL sont stabilisés, et les premiers bilans intermédiaires permettent d'ajuster les actions en fonction des résultats observés et des retours des professionnels.

Enfin, la quatrième phase (jusqu'à 24 mois) vise l'**inscription du projet dans une logique d'amélioration continue**. Elle comprend l'exploitation consolidée du tableau de bord (no-show, turn-over, coût des remplacements, recours à Hublo, retours stagiaires, absentéisme si disponible), l'analyse des résultats, et la décision de pérenniser, ajuster ou abandonner certaines actions. En parallèle, les démarches relatives à la mobilité domicile–travail se poursuivent sur un temps plus long : recherche de solutions locales, échanges avec la mairie, Cœur d'Essonne Agglomération et le Conseil départemental, et analyse des possibilités d'adaptation du TAD (notamment sur les besoins du soir et du week-end), en cohérence avec les orientations du territoire visant à améliorer les déplacements.

Ainsi, la planification sur 18–24 mois permet de combiner des actions rapidement opérationnelles (repères, intégration, organisation quotidienne) et des actions structurelles (partenariats, mobilité, communication, formation), tout en sécurisant un pilotage régulier et des réajustements au fil du déploiement.

Document 11 : Diagramme de GANTT





Source : créé par l'auteur

3.4 Suivi et évolution du projet

Le déploiement d'un projet de fidélisation dans un contexte de tension RH nécessite un pilotage régulier, afin d'éviter que les actions ne restent ponctuelles ou ne soient pas appropriées par les équipes. Le suivi du projet repose sur une logique d'amélioration continue : formaliser les actions, mesurer leurs effets, identifier les difficultés, puis ajuster. Cette dynamique vise à sécuriser la mise en œuvre dans la durée, tout en tenant compte des contraintes du terrain (charge de travail, congés, variabilité des effectifs).

3.4.1 Gouvernance et modalités de suivi

La gouvernance du projet s'appuie sur un COPIL fidélisation, constitué autour de l'IDEC (pilotage opérationnel, chef de projet), la direction d'établissement et des acteurs clés mobilisés selon les sujets (RH siège, référents/tuteurs, support communication/formation). Le COPIL a pour rôle de valider les priorités, d'arbitrer les modalités de déploiement (calendrier, ressources, organisation), et de suivre l'avancement des actions.
Afin de maintenir une dynamique réaliste, le COPIL est prévu sur un rythme régulier (tous les 3-4 mois), et complété par des temps plus courts au niveau des équipes (rituels de service/étage, points organisationnels). La formalisation de comptes rendus systématiques, même courts, permet de tracer les décisions, de répartir les responsabilités et de sécuriser la continuité du pilotage, notamment en période de congés ou de variabilité des effectifs.

3.4.2 Tableau de bord et indicateurs de pilotage

Le suivi de l'efficacité du projet repose sur la construction progressive d'un tableau de bord partagé en COPIL. Il a vocation à croiser des indicateurs RH, organisationnels et qualitatifs, afin d'objectiver l'évolution de la situation. Les indicateurs retenus sont directement alignés sur les objectifs du projet, notamment : le nombre de no-show, le turn-over (à 3 mois/6 mois si disponible), le recours à Hublo (volume de vacations), le coût des remplacements (données contrôle de gestion), ainsi que les retours issus des questionnaires (satisfaction d'intégration, perception de la reconnaissance, intention de recommander, retours stagiaires). L'absentéisme peut compléter l'analyse, notamment en lien avec le DUERP.

L'objectif n'est pas de multiplier les indicateurs, mais de disposer d'un petit nombre de données utiles pour décider : repérer les évolutions, identifier les actions qui fonctionnent, et ajuster celles qui ne produisent pas les effets attendus. Ce tableau de bord constitue également un outil de communication interne : il rend visibles les progrès et renforce la crédibilité du projet auprès des équipes (annexe 8).

3.4.3 Points d'étape et « audits » internes : réunions intermédiaires

Pour éviter une approche uniquement « administrative » du pilotage, le projet prévoit des points d'étape réguliers, assimilables à des audits internes légers. Ils prennent la forme de réunions intermédiaires centrées sur des questions simples : les actions sont-elles réalisées ? sont-elles comprises ? sont-elles utilisées ? quels irritants persistent ? quels ajustements immédiats sont nécessaires ?

Ces réunions peuvent s'appuyer sur des supports courts (retours des vacataires, retours stagiaires, suivi des points 9h, analyse des situations de rupture). Elles permettent notamment de vérifier que les actions liées à l'intégration (livrets, fiches de poste, points J-2/J+7/J+30) produisent des effets concrets sur la sécurisation de la prise de poste et sur la satisfaction des nouveaux arrivants.

3.4.4 Réajustements et gestion des risques

Le pilotage intègre une logique explicite de réajustement, car un projet de fidélisation se déploie dans un environnement instable (pénurie, absences, contraintes budgétaires). Plusieurs risques sont anticipés : surcharge des équipes, essoufflement de la dynamique, inégalités de participation (les mêmes « portent » le projet), difficulté à maintenir des rituels réguliers, ou encore limites liées à l'accessibilité territoriale.

Les réajustements peuvent prendre plusieurs formes : simplification d'une action trop lourde, modification du format de réunion (temps plus court), changement de rythme, renforcement de relais (référents/tuteurs), ou concentration du projet sur quelques actions prioritaires, simples à maintenir et ayant un impact direct sur le quotidien (intégration, repères de travail, organisation, communication). L'objectif est de préserver la cohérence globale du projet tout en restant réaliste sur le terrain.

3.4.5 Premiers résultats, réussites et limites

À ce stade, le projet présente déjà plusieurs réussites visibles : la mise en place de repères (fiches de poste au planning, livret d'accueil), l'installation d'une dynamique collective (réunions d'équipe, COPIL), le développement de la politique stagiaire (livret stagiaires, questionnaire), et la participation à des actions de recrutement ciblées (job dating). Ces éléments contribuent à améliorer la lisibilité de l'organisation et à structurer la fidélisation dès l'entrée dans l'établissement.

Un résultat particulièrement significatif concerne la stabilisation progressive des effectifs, déterminante dans un contexte de tension RH en EHPAD. Alors qu'à mon arrivée en février 2024, l'équipe de jour comptait 11 soignants fixes (CDI) sur 28, la résidence atteint aujourd'hui 25 soignants fixes sur 28. Cette évolution contribue à réduire la dépendance aux remplacements, à limiter la répétition des intégrations, et à consolider des repères collectifs plus stables (organisation, transmissions, coopération). Parallèlement, la structuration de l'équipe infirmière constitue un progrès important : l'établissement, qui ne disposait pas d'IDE en poste au moment de mon arrivée, compte désormais deux infirmières en CDI, renforçant la continuité des soins, la sécurisation des pratiques et la coordination clinique. Au-delà de l'indicateur RH, ces avancées soutiennent directement la qualité de l'accompagnement au quotidien et créent des conditions plus favorables à la fidélisation dans la durée.

Néanmoins, plusieurs limites sont déjà identifiables. D'une part, certaines actions nécessitent du temps et une disponibilité collective (tutorat), ce qui peut être difficile à maintenir en période de tension ou lors de pics d'activité. D'autre part, certains leviers sont partiellement dépendants de l'environnement externe : l'accessibilité de la résidence et les solutions de mobilité relèvent de partenaires territoriaux et ne peuvent produire des effets immédiats. Enfin, les premiers retours stagiaires restent encore peu nombreux, ce qui impose de poursuivre la collecte afin de disposer de résultats plus représentatifs et de mieux objectiver l'attractivité « vécue » de la résidence.

3.4.6 Pérennisation et suites du projet

L'enjeu final est d'inscrire le projet dans la durée, au-delà d'une logique « d'action ponctuelle ». La pérennisation repose sur trois principes : stabiliser les actions structurantes (intégration/outils/rituels), maintenir un pilotage par indicateurs et par COPIL, et intégrer progressivement les actions dans le fonctionnement courant de l'établissement. À moyen terme, l'objectif est de réduire le recours aux remplacements coûteux, de sécuriser les équipes fixes et de renforcer le vivier (stages/écoles), tout en améliorant la continuité et la qualité des accompagnements.

CONCLUSION

Les difficultés de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes constituent aujourd'hui un enjeu structurant pour les EHPAD, dans un contexte national marqué par le vieillissement de la population, la pénurie durable de professionnels et l'augmentation des exigences organisationnelles.

À la Maison de la Châtaigneraie, le diagnostic de terrain met en évidence que la tension ne relève pas uniquement d'une question « d'attractivité » au sens de faire venir, mais bien d'une difficulté à stabiliser : sécuriser l'entrée dans l'établissement, rendre l'activité tenable au quotidien et renforcer la cohésion du collectif. Les données objectivées (recours aux vacataires, coût financier important des remplacements) et les documents institutionnels (CPOM, DUERP, projet d'établissement, évaluation externe) montrent que la fidélisation est à la fois un levier RH, organisationnel et économique, avec des impacts directs sur la continuité et la qualité des accompagnements.

Le cadre conceptuel a permis d'éclairer ces constats en rappelant l'interdépendance entre attractivité, fidélisation, management de proximité et QVCT, et en montrant que l'engagement ne se décrète pas : il se construit dans des organisations qui permettent un « travail bien fait », reconnu et soutenu.

Dans cette perspective, le projet managérial a été structuré autour de quatre leviers complémentaires : sécuriser l'intégration (repères, outils, onboarding), consolider le collectif par un management de proximité et des espaces de discussion sur le travail, agir sur la tenabilité et l'accessibilité (organisation, charge, mobilité), et développer un viver territorial et une visibilité employeur (stages, partenariats IFSI/IFAS, communication, montée en compétences). Les premières réalisations déjà engagées (repères d'intégration, dynamique COPIL, politique stagiaire, actions de recrutement de proximité) constituent des avancées concrètes, tout en soulignant la nécessité d'inscrire la démarche dans la durée.

Les limites identifiées appellent toutefois à la prudence et à l'ajustement : certaines actions sont consommatrices de temps (tutorat), d'autres dépendent de partenaires externes (mobilité/transport), et certains résultats restent à consolider (retours stagiaires encore limités, indicateurs à alimenter progressivement). C'est pourquoi le pilotage par COPIL, la formalisation de points d'étape et la construction d'un tableau de bord partagé sont essentiels pour objectiver les effets, éviter l'essoufflement et maintenir un projet réaliste au regard des contraintes de terrain.

À moyen terme, l'enjeu est de passer d'actions ponctuelles à un fonctionnement stabilisé : intégrer durablement les outils d'accueil, rendre réguliers les rituels d'équipe, structurer l'encadrement des stagiaires et des nouveaux arrivants, et sécuriser une stratégie de vivier (écoles, stages, recrutements ciblés).
À plus long terme, la finalité dépasse la seule « fidélisation » : il s'agit de renforcer la qualité et la continuité des accompagnements, de réduire l'instabilité organisationnelle et financière liée aux remplacements, et de consolider un environnement de travail soutenant, permettant aux soignants de se projeter durablement au sein de la Maison de la Châtaigneraie.

Enfin, l'élaboration et le pilotage de ce projet ont constitué un véritable exercice de positionnement managérial et stratégique. La conduite du diagnostic, la priorisation des actions, l'animation d'une dynamique collective (COPIL, réunions, arbitrages) et la coordination avec les fonctions supports du siège ont renforcé mes compétences

de pilotage et d'aide à la décision. Surtout, le travail mené en collaboration étroite avec la directrice de l'établissement m'a permis d'adopter une posture plus globale, intégrant les dimensions RH, organisationnelles, financières et partenariales, et de me projeter concrètement dans des responsabilités élargies. À ce titre, ce projet représente également une étape structurante dans mon parcours, en consolidant mon positionnement et mes aspirations vers des fonctions de direction.

Au-delà des outils et des indicateurs, ce projet rappelle surtout qu'un établissement devient attractif quand on s'y sent attendu, soutenu et utile ; l'enjeu est donc de faire de la Maison de la Châtaigneraie un lieu où l'on a envie de venir… et de rester, au service de l'accompagnement des résidents comme au sein des équipes.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels et réglementation

France. (s. d.). Code de la santé publique : Article R4312-3 (déontologie des infirmiers). Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.legifrance.gouv.fr/

France. (2021, 10 juin). Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. Journal officiel de la République française. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160

France. (2026, 20 février). Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Journal officiel de la République française. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053568913

Rapports institutionnels, organismes publics, données et publications

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. (2023, 19 juin). Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation : fiches pratiques. https://anap.fr/s/article/batir-politique-attractivite-rh-fidelisation-fiches

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. (2024, 2 décembre). Attractivité : de nouvelles fiches pratiques. https://www.anap.fr/s/article/marque-employeur-recruter-fideliser

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (2025). Kit / ressources – Porter la démarche (discussion sur le travail / espaces de discussion). https://www.anact.fr/mettre-en-place-des-espaces-de-discussion

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (2026, 19 février). Management du travail : des enjeux spécifiques et des leviers d'action concrets. https://www.anact.fr/management-du-travail-des-enjeux-specifiques-et-des-leviers-daction-concrets

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire. (s. d.). Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : repères (GMP/PMP, EHPAD) [Document PDF]. Récupéré le 1 mai 2026, de https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/122267/download?inline=

Agence régionale de santé Île-de-France. (s. d.). Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : repères régionaux (GMP/PMP, EHPAD) [Document PDF]. Récupéré le 1 mai 2026, de https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/156432/download?inline=

Blanpain, N., & Buisson, G. (2018, septembre). Projections de population 2013-2070 pour la France (Documents de travail n° F1606, version révisée). Institut national de la statistique et des études économiques. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.insee.fr/

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (s. d.). Présentation et missions de la CNSA. https://www.cnsa.fr/la-cnsa/la-cnsa-branche-autonomie-de-la-securite-sociale/presentation-et-missions-de-la-cnsa

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2025, 24 avril). Repères statistiques n°24 – Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.cnsa.fr/

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018, juin). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad (Études et Résultats n° 1067). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2024, 27 décembre). L'aide sociale des départements en 2023 (Jeux de données/Communiqué). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/241227_DATA_aide-sociale-des-departements-en-2023

Direction générale de l'administration et de la fonction publique. (2022, décembre). La boussole du manager n°2 : Le management intergénérationnel [Brochure]. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/publications-dgafp/la-boussole-du-manager2.pdf

Haute Autorité de Santé. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. HAS.

Haute Autorité de Santé. (2022, décembre). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé [Rapport]. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

Inspection générale des affaires sociales. (2026, 6 février). Attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social : trois rapports pour éclairer l'action publique [Billet / page de publication]. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.igas.gouv.fr/attractivite-des-metiers-du-sanitaire-du-social-et-du-medico-social-trois-rapports-pour-eclairer-laction-publique

Institut national de la statistique et des études économiques. (s. d.). Comparateur de territoires – Commune de Leuville-sur-Orge (91333) : population en 2022. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.insee.fr/

Institut national de la statistique et des études économiques. (2021, 30 juin). Évolution et structure de la population en 2018 – Commune de Leuville-sur-Orge (91333). Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.insee.fr/

Institut national de la statistique et des études économiques. (s. d.). Dossier complet – Département de l'Essonne (91) : population par sexe et âge en 2022 (RP2022). Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.insee.fr/

Institut national de la statistique et des études économiques. (2023). Projections démographiques de l'Essonne à l'horizon 2040 (Insee Flash Île-de-France, n° 84). INSEE. https://www.insee.fr/fr/statistiques/7643391

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldré, C. (2016, septembre). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés (Les Dossiers de la DREES, n° 5). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2020, 16 novembre). Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de l'accès aux études de santé. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ma-sante-2022-suppression-du-numerus-clausus-et-renovation-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-49091

Organisation de coopération et de développement économiques. (2024). Health at a Glance: Europe 2024. OECD Publishing. Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

Ouvrages, articles scientifiques et travaux académiques

Alter, N. (2011). Le paradigme du don : critique, ou leçon de management ? Réalités industrielles, février 2011, 46–51.

Clot, Y. (2010). Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux. La Découverte.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, 86(3), 499–512.

Fassier, M., & Gréa, D. (2023). Pour des managers en soutien : La subsidiarité dans les organisations. ESF Éditeur.

Karasek. (1979/2024). Modèle de Karasek (présentation). Dans Aide-mémoire Risques psychosociaux et qualité de vie au travail (2e éd.). Cairn.

Lee, M. M. D. (2024). Improving new graduate nurse retention with a transition to emergency nursing practice program: A qualitative study. Journal of Emergency Nursing, 50(2), 178–186. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.11.003

Mannheim, K. (1952). The problem of generations. Dans P. Kecskemeti (dir.), Essays on the Sociology of Knowledge (pp. 276–320). Routledge & Kegan Paul.

Mottay, D. (2010). Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi-Pyrénées. Dans Actes du congrès annuel de l'AGRH (Saint-Malo). Récupéré le 4 mars 2026, de https://www.agrh.fr/assets/actes/2010mottay.pdf

Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. International Journal of Nursing Studies, 50(3), 345–356.

Self-Determination Theory. (s. d.). Theory. Récupéré le 4 mars 2026, de https://selfdeterminationtheory.org/theory/

Sermeus, W., et al. (2022). A workplace organisational intervention to improve hospital nursing work environments and patient outcomes: A cluster randomised controlled trial protocol. BMJ Open. Récupéré le 4 mars 2026, de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9341186/

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Academy of Management Journal, 38(5), 1442–1465.

Stordeur, S., & D'Hoore, W. (dir.). (2009). Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse. Lamarre.

Tronto, J. C. (2008). Defining care. Revue du MAUSS, 2008/2(32), 243–265. https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243

Valdes, E. G., et al. (2021). Onboarding new graduate nurses using assessment-driven personalized learning: A pilot study. Journal of Continuing Education in Nursing. Récupéré le 4 mars 2026, de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9835669/

Weber, C. (2020). Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations (Mémoire DESSMS). École des hautes études en santé publique. Récupéré le 4 mars 2026, de https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/dessms/camille_weber.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche projet

Annexe 2 : Lettre de mission

Annexe 3 : Questionnaire sur la fidélisation des équipes et synthèse

Annexe 4 : Livret d'accueil nouvel arrivant

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction des stagiaires

Annexe 6 : Livret d'accueil des stagiaires

Annexe 7 : Benchmark rémunération IDE/AS

Annexe 8 : Tableau de bord suivi de la fidélisation

Annexe 1 : Fiche projet

UPEC – FACULTÉ DE SANTÉ – ESM	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

NOM : GILLET Vanessa

INTITULE du projet managérial : **Difficulté de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes**

CONTEXTE D'EMERGENCE :

- Environnement : Tension actuelle sur le recrutement des soignants dans la région, turnover élevé, pression sur la qualité des soins et les équipes restantes.
- Pourquoi ce projet : Garantir la continuité et la qualité des soins surtout auprès de personnes âgées qui ont besoin de repère, améliorer la stabilité des équipes et diminuer le turnover.
- Sa pertinence : Permet d'anticiper les besoins RH, de mettre en place des actions de fidélisation et d'améliorer la satisfaction du personnel, contribuant directement aux objectifs de l'établissement.

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

- Loi HPST, circulaires ARS sur le management et ressources humaines
- CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)
- DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels)
- Compte rendu de l'évaluation externe (novembre 2024)
- Projet d'établissement

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

- Stabiliser et fidéliser les équipes soignantes.
- Améliorer l'attractivité des postes de soignants.
- Optimiser les conditions de travail et réduire le turnover.
- Assurer la qualité et la sécurité des soins pour les résidents.
- Entretenir des liens de confiance avec les familles et proches des résidents.

ACTEURS LIES AU PROJET :

- Responsable : Me GILLET Vanessa, Infirmière coordinatrice.
- Acteurs impliqués : La direction, service RH, secrétariat, service communication.
- Acteurs concernés : Equipes soignantes, direction, instances représentatives (CE, représentants du personnel).

UPEC FACULTÉ DE SANTÉ ESM	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

CALENDRIER PREVISIONNEL:

n Octobre 2025 :

- Elaboration de la fiche projet, formalisation de la lettre de mission.
- Début de la rédaction du plan du projet.

n Novembre – Décembre 2025 :

- Présentation de la structure et du contexte (difficultés de recrutement, turnover).
- Emergence du projet : analyse de l'existant (diagnostic RH, entretiens, données CPOM, DUERP, évaluation externe).
- Cadre conceptuel : recherche bibliographique et références universitaires.
- Constitution de l'équipe projet et des groupes de travail.
- Conduite du projet : mise en place des premières actions (organisation, outils, communication interne).

n Janvier – Février 2026 :

- Début de la réalisation active (ex. premières actions de fidélisation, partenariats écoles, communication externe).

n Mars – Avril 2026 :

- Evaluation intermédiaire : tableau de bord RH, indicateurs de suivi (absentéisme, turnover, satisfaction).

n Mai 2026 :

- Evaluation finale du projet et consolidation des résultats.
- Préparation du rapport final

MOYENS :

- Financiers : budget pour communication, formations et événements de fidélisation.
- Ressources RH : temps de la direction et du secrétariat mobilisés.
- Logistique : salles de réunion, outils de communication.
- Matériel : logiciels RH, plannings, supports imprimés et numériques.
- Personnes mobilisées : responsable projet, encadrement, service communication.

- Réunion : COPIL mensuel à voir en fonction de l'organisation, réunions intermédiaires selon besoins (1 à 2 par mois).

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- **COPIL** : comité de pilotage avec direction, responsables d'équipes et soignantes.
- **Groupe de travail** : direction, IDEC et service RH pour mise en œuvre opérationnelle.
- **Consultants extérieurs** : éventuellement pour formation ou accompagnement organisationnel.
- **Territoire de santé** : intégrer les contraintes (concurrence avec d'autres établissements, accessibilité, conditions socio-économiques…) et opportunités locales (partenariat avec les IFSI/IFAS, politiques régionales avec des aides de financement par l'ARS, image du territoire avec la mise en avant de la structure familiale, qualité de vie…) pour le recrutement.

RESULTATS ATTENDUS :

- **Court terme** : diagnostic complet, premières actions de communication, engagement des équipes.
- **Moyen terme** : baisse du turnover, amélioration de la satisfaction des soignants, suivi indicateurs RH, baisse des plaintes et réclamations des résidents/familles.
- **Long terme** : stabilisation des équipes, amélioration durable de la qualité des soins et de l'attractivité de l'établissement.

VALIDATION :

- Rétroplanning type Gantt comme guide principal.
- Validation à chaque COPIL, comité de direction (COMEX, CODIR) selon avancée du projet.
- Ajustements possibles selon résultats intermédiaires.

CRITERES D'EVALUATION :

- Taux de turnover et d'absentéisme.
- Nombre de candidatures et embauches.
- Satisfaction du personnel (questionnaires internes).
- Respect des échéances et livrables définis dans le Gantt.

REFERENCES UNIVERSITAIRES :

- « La fidélisation des équipes infirmiers au sein des établissements de

UPEC FACULTÉ DE SANTÉ ESM	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

santé »
Ce mémoire explore les défis liés à la fidélisation des infirmiers, en mettant l'accent sur les facteurs influençant leur engagement et les stratégies efficaces pour les retenir.

- **« Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier »**
Cette étude analyse les enjeux d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant, en se concentrant sur les motivations des professionnels et les politiques RH adaptées.

- **« Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi-Pyrénées »**
Cet article examine la situation spécifique de la région Midi-Pyrénées concernant le recrutement et la fidélisation des infirmiers, en identifiant les défis locaux et les solutions envisagées.

- **« Attractivité, fidélisation et qualité des soins » (livre fonction cadre de santé), édition Lamarre**
Cet ouvrage explore les liens entre attractivité, fidélisation du personnel et qualité des soins, offrant des analyses théoriques et empiriques pour les cadres de santé.

- **« Interventions infirmières pour promouvoir la fidélisation des soignants » (recherche en soins infirmiers)**
Cet article examine les interventions spécifiques des infirmiers visant à favoriser la fidélisation du personnel soignant, en mettant l'accent sur les pratiques professionnelles et organisationnelles.

- **« Attractivité et fidélisation dans les métiers du soin, enjeux et défis »**
Cette revue aborde les enjeux et défis liés à l'attractivité et à la fidélisation dans les métiers du soin, en analysant les facteurs influençant ces dynamiques.

- **« La pénurie de soignants en France : causes et conséquences »**
Article de moment care

Enseignements de l'ESM en master 1 :

- « Les résistances au changement » cours de Mr Lachize, master 1 (2022-2023)
- « Conduite de réunion » cours de Mr Lachize, master 1 (2022-2023)
- « Management en prévention des risques psychosociaux » cours de Me Arnoud, master 1 (2022-2023)
- « La responsabilité du cadre de santé » cours de Mr Desserprit, master 1 (2022-2023)
- « Management intergénérationnel » cours de Mr Farnoult, master 1 (2022-2023)

- Concepts clés : **management des équipes soignantes, fidélisation, qualité des soins.**
- Bibliographie : à compléter selon lectures du Master 2 et articles scientifiques sur le management et la fidélisation.

Annexe 2 : Lettre de mission

Adef Résidences La Maison de la Châtaigneraie	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC Université Paris Est Créteil | Faculté de Santé | ESM

Désignation du projet	**Difficulté de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes**
Commanditaire	Me NEUFCOURT, directrice de la résidence de la Chataigneraie
Nom du responsable du projet	Me GILLET Vanessa, Infirmière coordinatrice sur la résidence de la Chataigneraie depuis février 2024
Missions du responsable de projet	Le responsable de projet est chargé de : • Constituer, organiser et coordonner les actions pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des équipes soignantes. • Déployer et adapter les outils nécessaires (logiciels RH, supports institutionnels, communication interne/externe). • Favoriser la communication entre direction, encadrement et équipes de soins. • Évaluer régulièrement les résultats et proposer les réajustements adaptés.
Moyens alloués	• Temps dédié spécifiquement au pilotage du projet. • Appui de la direction et du secrétariat pour les aspects organisationnels et administratifs. • Accès aux logiciels, locaux et structures existantes de la résidence. • Soutien logistique et accompagnement du service communication du siège si possible.
Modalités de reporting	• Participation régulière au Comité de pilotage (COPIL) du projet. • Présentation en Comité de direction (COMEX et CODIR) • Information auprès du CE et des représentants du personnels. • Réunions intermédiaires avec comptes rendus. • Suivi des résultats via un tableau de bord avec indicateurs pertinents (ex. : taux de turnover, nombre de candidatures, taux d'absentéisme, satisfaction du personnel).
Durée	• **Court terme** : actions immédiates sur le 1er semestre (diagnostic, premières mesures de communication, actions de fidélisation rapide).

Adef Résidences La Maison de la Châtaigneraie	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC Université Paris-Est Créteil – Faculté de Santé – ESM

	• **Moyen terme** : consolidation et suivi des actions sur le 2e semestre (stabilisation des équipes, suivi des indicateurs RH, réajustements). • **Durée en général** : projet inscrit sur 12 mois, ajustable jusqu'à 24 mois en fonction des résultats et du plan de suivi (diagramme de Gantt).
Documents de référence	• Projet d'établissement • DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) • Comptes rendus d'évaluation externe • Documents législatifs (lois, circulaires). • CPOM et tableaux de bord RH • Documents institutionnels en lien avec la politique RH et qualité des soins
Date : 6 octobre 2025	
Signature du commanditaire ADEF RÉSIDENCES « La Maison de la Châtaigneraie » E.H.P.A.D. 35, Chemin Royal 91310 LEUVILLE SUR ORGE Tél. : 01 69 88 35 80 Fax : 01 69 83 83 90 SIRET : 323 649 525 00579 APE 8710A URSAFF : 11600000148953 4568 FINESS : 91 001 392 9 Association Loi 1901	Signature du responsable de projet Gillet Vanessa

Annexe 3 : Questionnaire sur la fidélisation des équipes et synthèse

Questionnaire sur la fidélisation des équipes

(Anonyme et confidentiel – durée estimée : 5 à 7 minutes)

---

1. Informations générales

Votre fonction :
☐ IDE ☐ AS ☐ ADV ☐ ASH ☐ Autre (préciser) :
……
☐ CDI ☐ CDD long ☐ Vacataire

Ancienneté dans l'établissement :
☐ Moins de 1 an ☐ 1 à 3 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ Plus de 5 ans

---

2. Conditions de travail et environnement

Les conditions de travail au sein de l'établissement vous donnent elles envie d'y rester durablement ?
☐ Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Pas du tout d'accord

Les effectifs et l'organisation du travail sont-ils adaptés à l'accompagnement quotidien des résidents/patients ?
☐ Oui, tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Disposez-vous du matériel, des locaux et des outils nécessaires pour travailler efficacement ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
Quel matériel souhaiteriez-vous en complément de ceux déjà en place ?
……
……
……

---

3. Management et reconnaissance

Vous sentez-vous reconnu(e) et valorisé(e) dans votre travail par votre hiérarchie ?
☐ Oui, souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

Les retours et échanges avec votre encadrement contribuent ils à votre motivation ?
☐ Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Pas du tout d'accord

L'ambiance et la cohésion d'équipe favorisent elles votre envie de rester dans l'établissement ?
☐ Oui, totalement ☐ Oui, partiellement ☐ Non

---

4. Évolution professionnelle et développement

Avez-vous accès à des formations qui soutiennent votre évolution professionnelle ?
☐ Oui, régulièrement ☐ Oui, parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

L'établissement vous offre-t-il des perspectives d'évolution (mobilité interne, fonctions élargies, responsabilités) ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Le parcours d'intégration pour les nouveaux arrivants facilite t'il leur engagement à long terme ?
☐ Oui ☐ Non ☐ À améliorer

---

5. Motivation et appartenance

Etes-vous fier(ère) de travailler dans cet établissement ?
☐ Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Pas du tout d'accord

Recommanderiez-vous l'établissement comme lieu de travail à un(e) collègue ?
☐ Oui, sans hésiter ☐ Oui, mais avec réserves ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons :
……
……
……

Si non, pour quelles raisons :
……
……
……

Si vous envisagiez de quitter l'établissement, quelles seraient les principales raisons ?
☐ Conditions de travail ☐ Organisation / charge de travail ☐ Reconnaissance ☐ Rémunération ☐ Évolution de carrière ☐ Autre (préciser) :
……
……
……

---

6. Pistes d'amélioration

Quelles **actions de fidélisation** (ex : intégration, formation, communication, reconnaissance, avantages…) sont déjà mises en place dans votre établissement ?

- Les connaissez-vous ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, pensez-vous qu'elles sont efficaces ? ☐ Oui, tout à fait ☐ Partiellement ☐ Non
- Lesquelles vous semblent les plus utiles ? *(Réponse libre – quelques lignes)*

……

……
.....

Quelles actions pourraient, selon vous, renforcer la fidélisation des équipes ? *(Réponse libre – quelques lignes)*

.....
.....
……

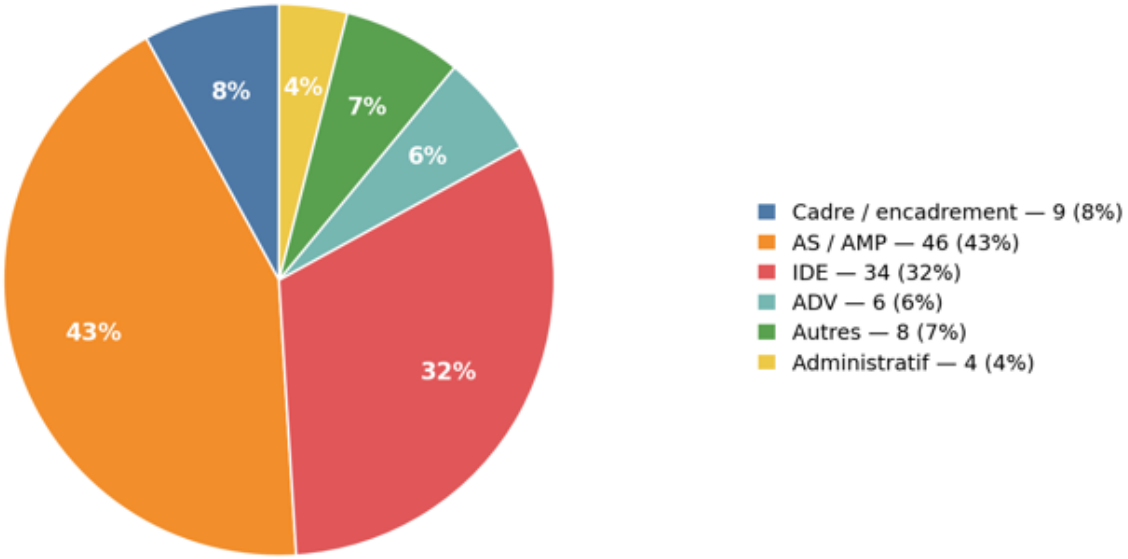
Merci de votre participation.

Synthèse du questionnaire sur la fidélisation des équipes

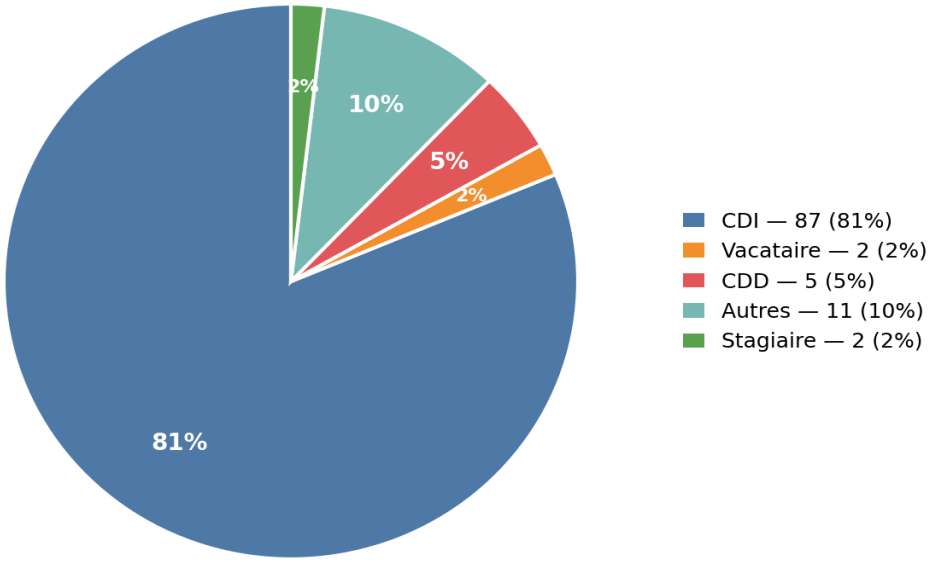
107 questionnaires exploités — Résultats question par question

1. Profil des répondants :

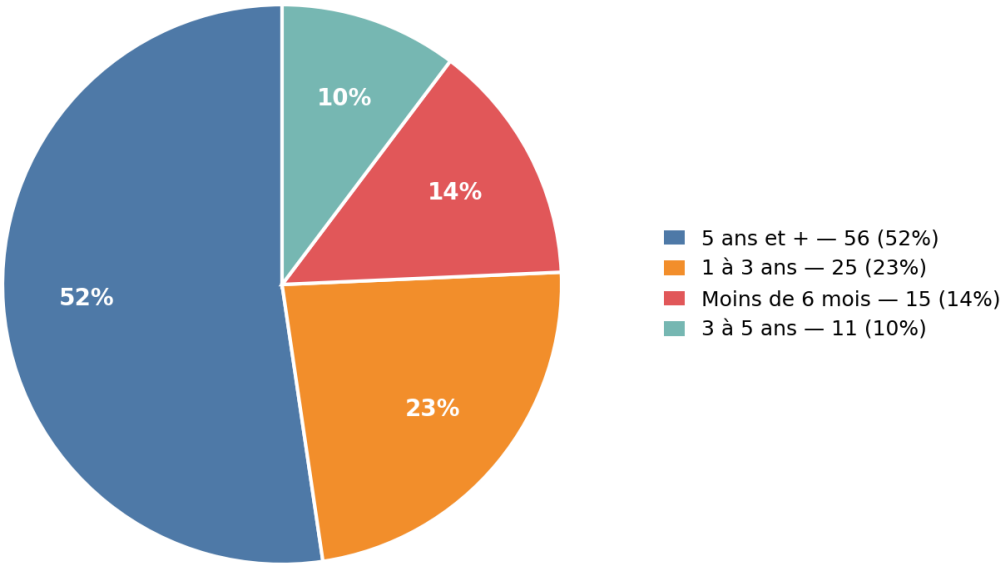
-Quelle est votre fonction ?



-Quel est votre type de contrat ?

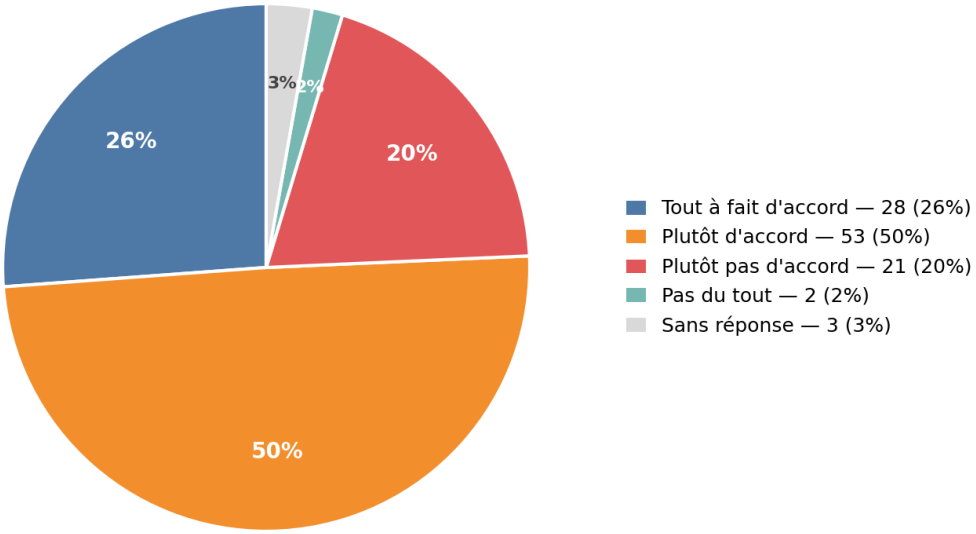


-Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?

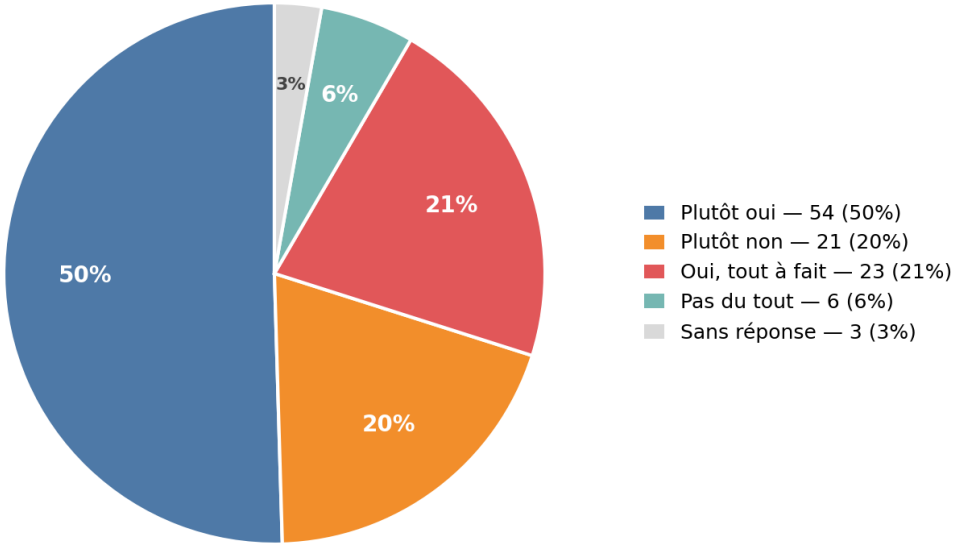


2.Les conditions de travail et environnement :

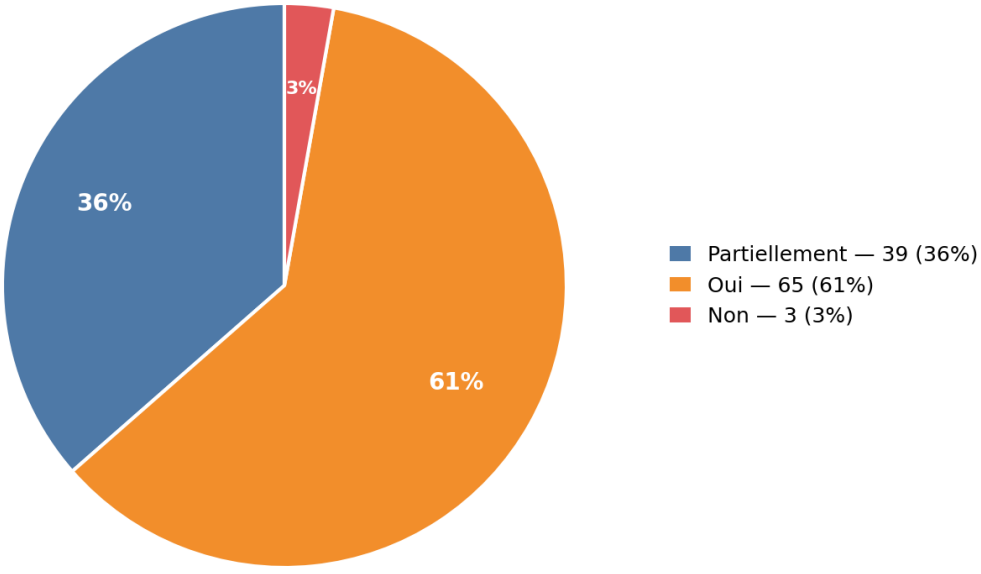
-Les conditions de travail au sein de l'établissement vous donnent-elles envie d'y rester durablement ?



-Les effectifs et l'organisation du travail sont-ils adaptés à l'accompagnement quotidien des résidents/patients ?

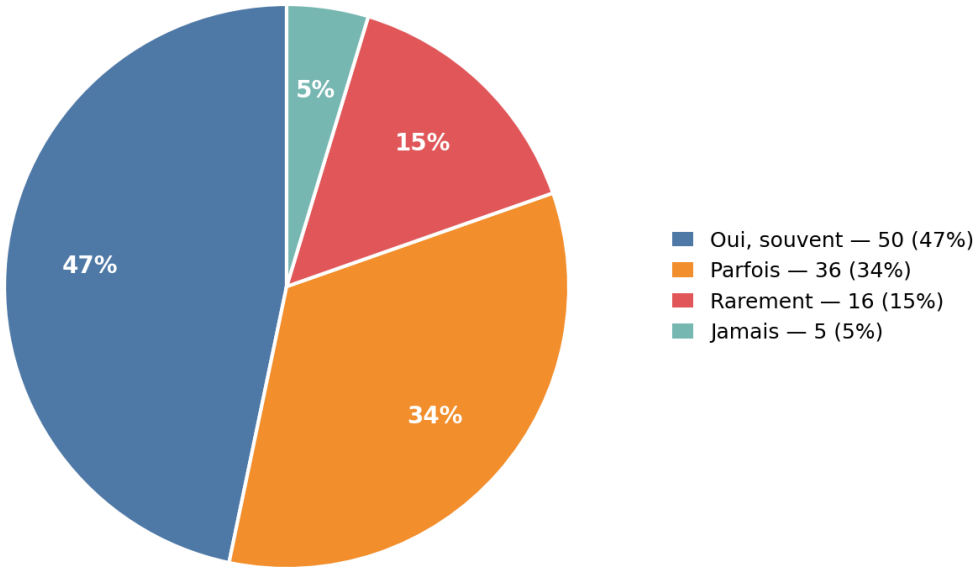


-Disposez-vous du matériel, des locaux et des outils nécessaires pour travailler efficacement ?

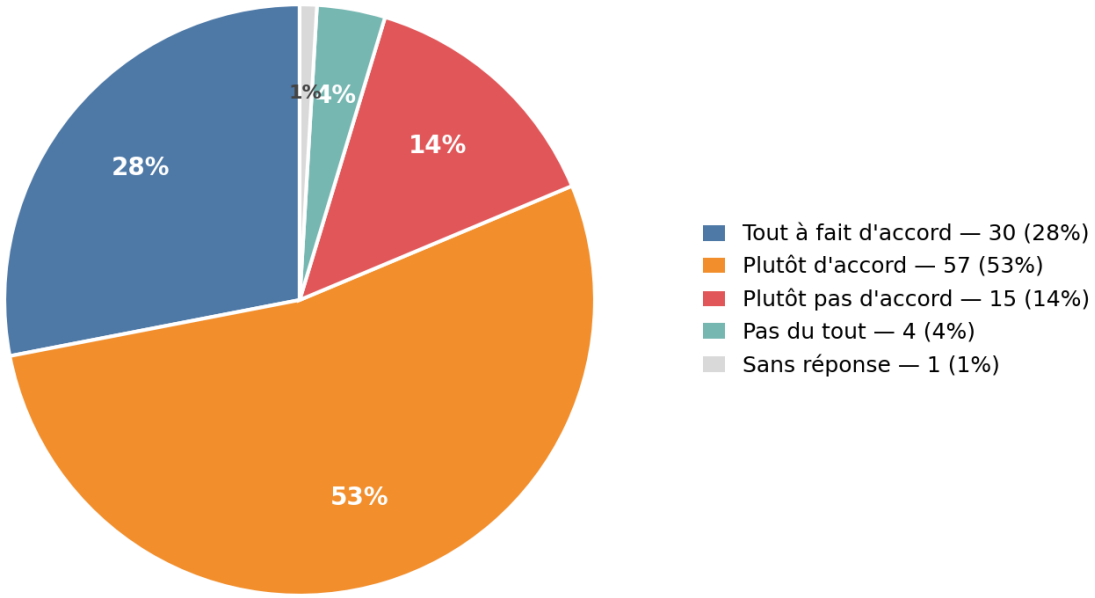


3. Management et reconnaissance :

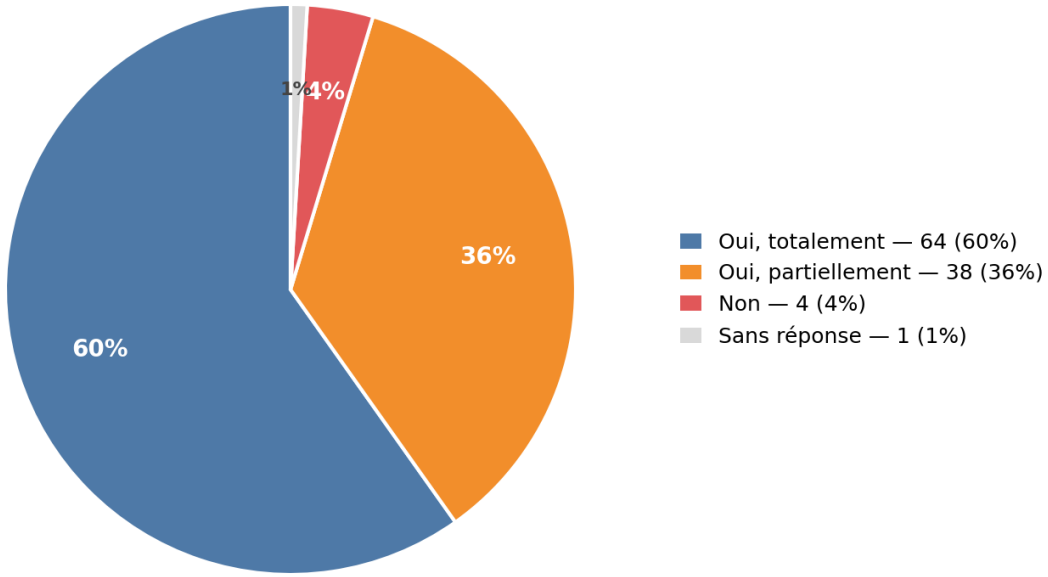
-Vous sentez-vous reconnu(e) et valorisé(e) dans votre travail par votre hiérarchie ?



-Les retours et échanges avec votre encadrement contribuent-ils à votre motivation ?

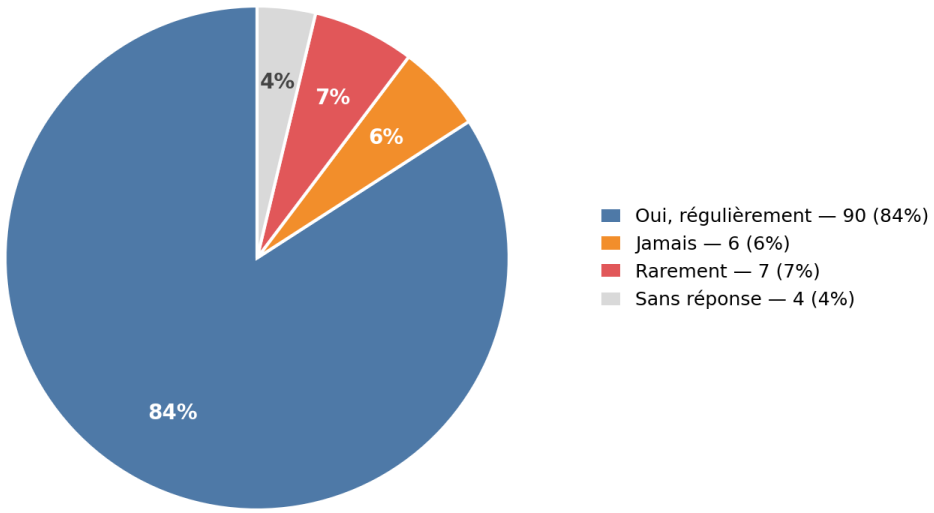


-L'ambiance et la cohésion d'équipe favorisent-elles votre envie de rester dans l'établissement ?

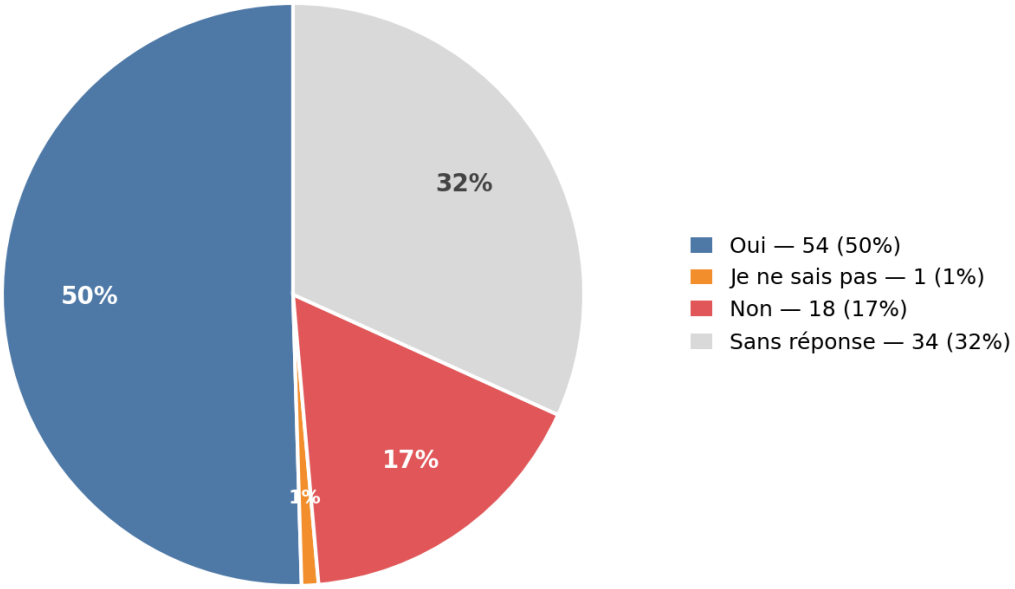


4. Evolution professionnelle et développement :

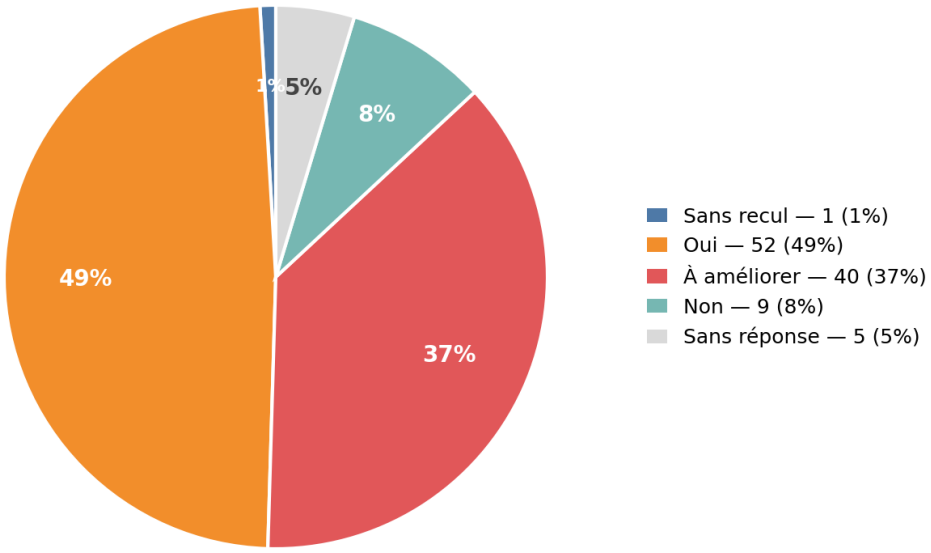
-Avez-vous accès à des formations qui soutiennent votre évolution professionnelle ?



-L'établissement vous offre-t-il des perspectives d'évolution (mobilité interne, fonctions élargies, responsabilités) ?

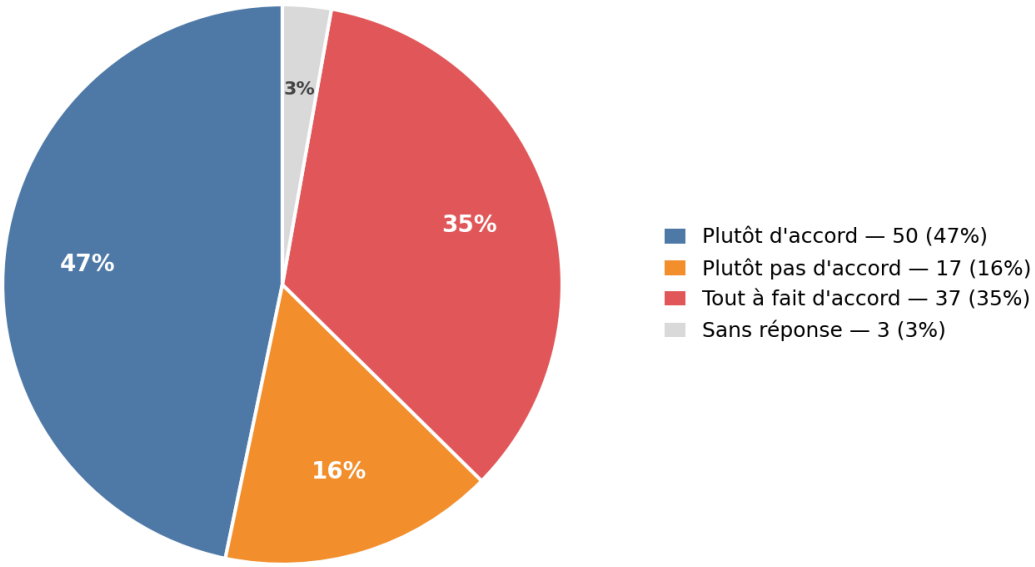


-Le parcours d'intégration pour les nouveaux arrivants facilite-t-il leur engagement à long terme ?

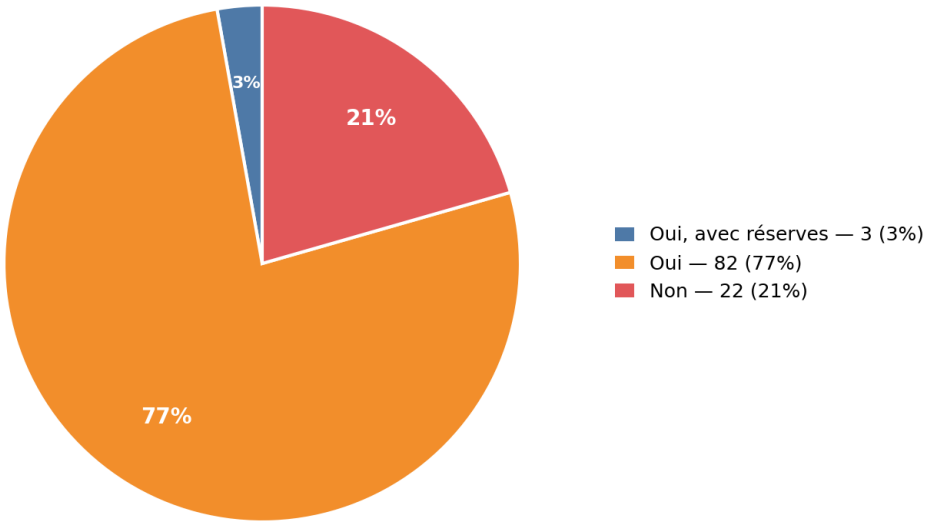


5. Motivation et appartenance :

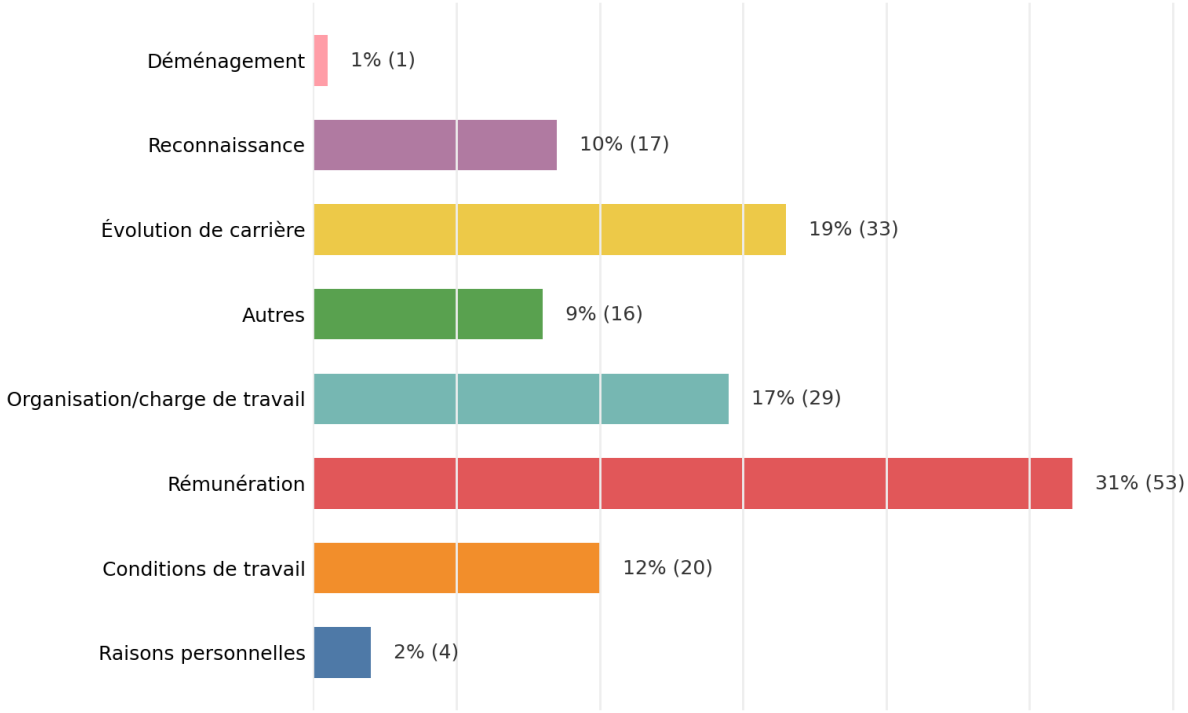
-Êtes-vous fier(ère) de travailler dans cet établissement ?



-Recommanderiez-vous l'établissement comme lieu de travail à un(e) collègue ?

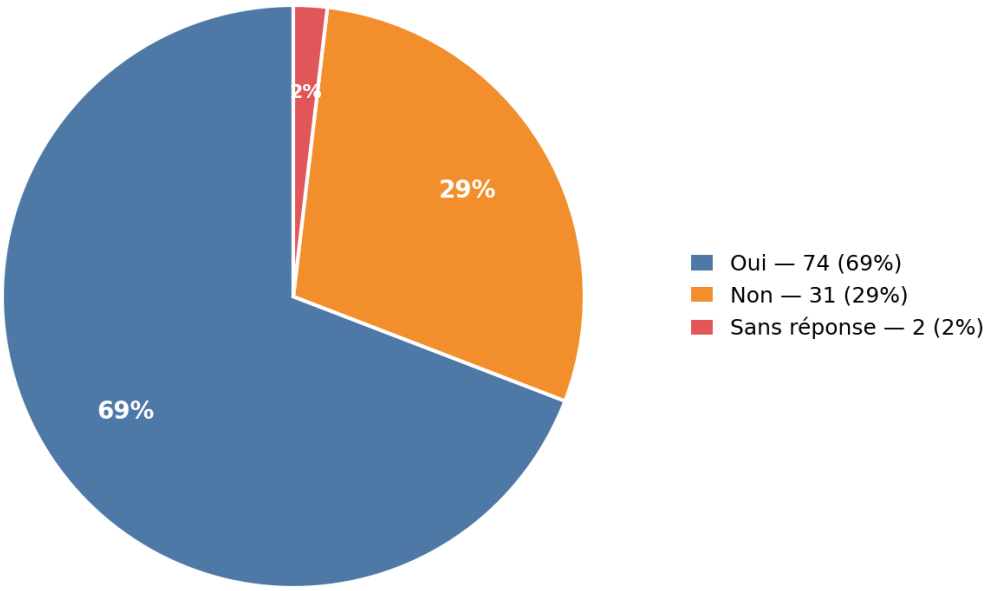


-Si vous envisagiez de quitter l'établissement, quelles seraient les principales raisons ? (plusieurs réponses possibles)



6. Actions de fidélisation :

-Connaissez-vous les actions de fidélisation mises en place dans votre établissement ?



Annexe 4 : Livret d'accueil nouvel arrivant

Bienvenue à la maison de la Châtaigneraie

Adef Résidences

Livret d'accueil pour les nouveaux salariés



La Maison de la Châtaigneraie E.H.P.A.D - 35, chemin royal - 91310 LEUVILLE- leuville@adefresidences.com

Table des matières

I. Présentation de la résidence 3
1. ADEF Résidences 3
1.1 Consignes générales 4
II. Organigramme 5
III. Poste de travail 6
1. Tenue du Personnel 6
2. Accompagnement du résident 6

3. L'environnement 8
4. Le service à table 9
IV. Protocoles ADEF Résident 11
V. Animation et vie sociale 11
VI. Formation 12

Félicitations !

Vous venez d'intégrer l'EHPAD **La Maison de la Châtaigneraie**.

Afin de faciliter votre intégration, un **livret d'accueil** vous est remis. Il constitue un document de référence que nous vous invitons à consulter régulièrement. Il a pour objectif de vous accompagner dans votre prise de poste, de clarifier notre organisation et de garantir un **accompagnement de qualité**, ainsi que des conditions de travail professionnelles et sécurisantes.

L'établissement s'appuie sur des **valeurs fortes** dans l'accompagnement des personnes vulnérables :

- L'utilité sociale,
- La qualité de la relation,
- L'écoute,
- Le respect de la singularité de chaque personne.

Ces valeurs s'inscrivent également dans notre fonctionnement interne et l'engagement attendu de chaque professionnel :

- L'esprit d'équipe,
- Le professionnalisme,
- Le respect de la dignité,
- L'innovation au service de l'accompagnement.

I. Présentation de la résidence



1. ADEF Résidences

La **Maison de la Châtaigneraie** est un établissement du groupe associatif **ADEF Résidences**, régi par la loi 1901 à but non lucratif, dont le siège social est situé au **19–21, rue Baudin, 94200 Ivry-sur-Seine**.

L'EHPAD Maison de la Châtaigneraie est un **lieu de vie** qui accueille et accompagne des personnes âgées en perte d'autonomie. Il propose des services et dispense des soins adaptés aux besoins des résidents, dans le respect de leur dignité, de leurs droits et de leur projet de vie.

La mission de l'établissement est d'apporter quotidiennement à chaque résident les conditions favorisant une vieillesse vécue avec sens, sécurité et qualité de vie, dans un environnement adapté à leur état physique, psychique et moral.

L'établissement a ouvert ses portes le **2 mai 2012** et a achevé sa montée en charge en **décembre 2012**. Son histoire est donc récente.

La résidence accueille **84 résidents**, répartis sur **trois étages**, et s'appuie sur une organisation pluridisciplinaire au service de l'accompagnement global des personnes accueillies. Nous disposons d'une unité de vie protégée pouvant accueillir 14 résidents.

1.1 Consignes générales

Afin de garantir un accompagnement de qualité et la sécurité des résidents, chaque professionnel est tenu de respecter les consignes suivantes :

Prise de poste et informations

- À votre arrivée, vous devez impérativement **lire le "petit journal" et y apposer votre paraphe**, attestant de la prise de connaissance des informations. Il est disponible à proximité des vestiaires ainsi qu'en salle de transmissions au rez-de-chaussée.

Téléphone personnel

- Le téléphone portable personnel doit être **éteint et rangé dans le vestiaire** pendant le temps de travail.
- Son utilisation est autorisée uniquement durant le temps de pause.
- Le numéro du standard **01.69.88.35.80** doit être communiqué aux écoles, assistantes maternelles ou proches, afin de pouvoir vous joindre en cas d'urgence.

Téléphonie interne (DECT)

- Lors de la prise de poste, vous devez **vous rendre en salle de transmissions pour récupérer votre DECT**, selon la répartition prévue (cf. planning).
- Le DECT doit être **allumé, en mode sonnerie (et non vibreur)** durant toute la prise de poste.
- En fin de service, merci de vérifier qu'il est correctement **reposé sur son socle et en charge**.
- Tout appel sur le DECT doit être **systématiquement pris**, y compris lorsqu'il provient d'un autre étage, du secrétariat ou de la direction, un appel pouvant concerner une situation urgente.

Sécurité des résidents – appels malades

- Certains résidents sont équipés de **montres d'appel malade**. Il est indispensable de vérifier quotidiennement que :
  - La montre est portée par le résident, où
  - Qu'elle reste à portée de main s'il ne souhaite pas la porter en permanence.
- En cas de pile défectueuse, vous devez en informer **l'agent de maintenance**.
- L'acquittement des appels se fait soit à l'aide de l'aimant (à demander à l'IDEC), soit via le boîtier présent dans la chambre du résident.

Discrétion et secret professionnel

- Chaque professionnel est tenu à une **discrétion professionnelle stricte** et au respect du **secret médical et de la confidentialité**

Événements indésirables

- Tout incident ou détérioration d'un bien appartenant à un résident doit faire l'objet d'une **déclaration via une fiche d'événement indésirable sur Bluekango**. Cette démarche est indispensable pour assurer le suivi, la traçabilité et la gestion des réclamations éventuelles.

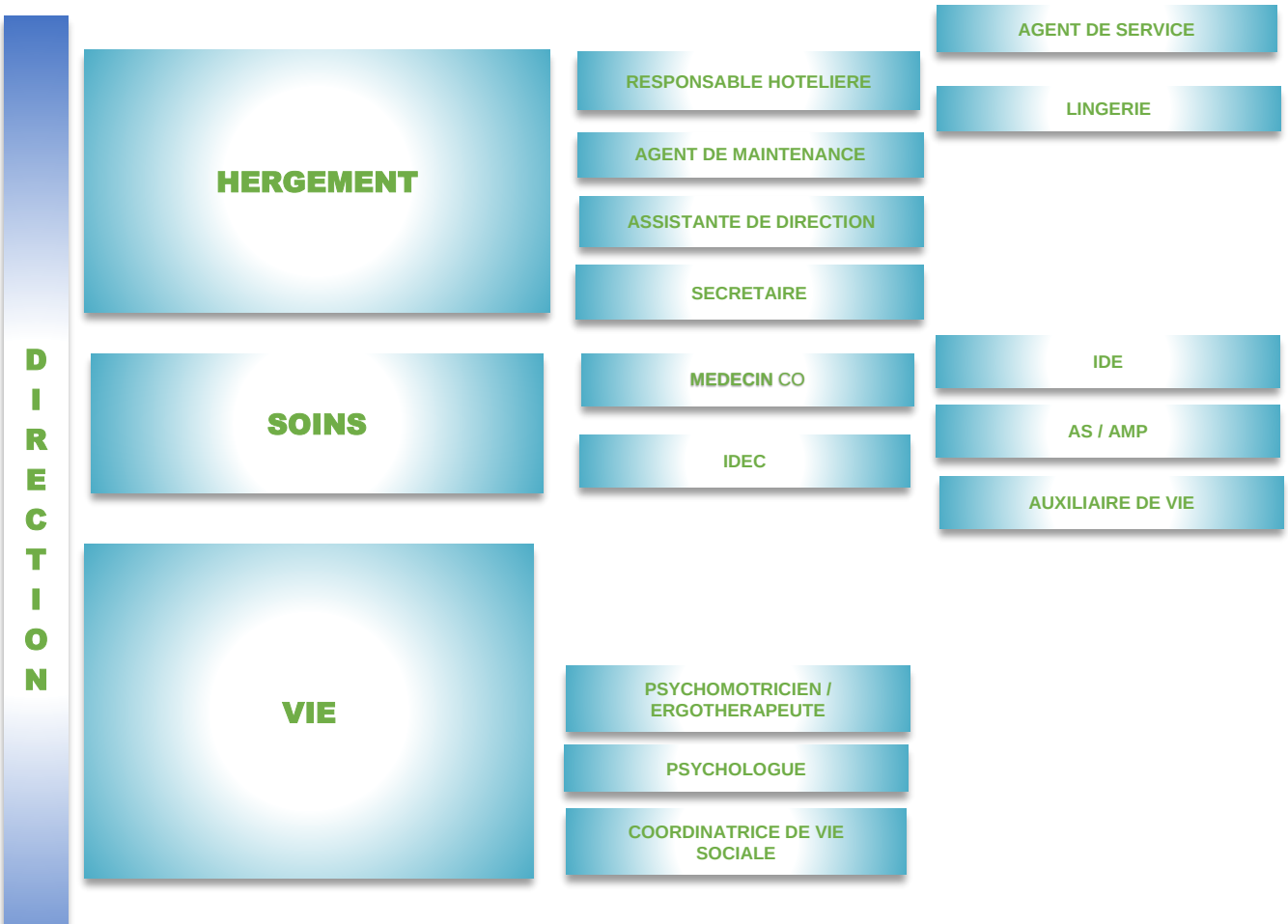
Temps de pause

- Les horaires de pause doivent être respectés autant que possible, sauf urgence ou nécessité de service.
- Ils figurent sur les fiches de poste et le planning simultané (consultable dans les offices et en salle de transmissions).
- **Il ne doit jamais y avoir plus de deux professionnels en pause simultanément par étage**, afin de garantir la sécurité des résidents.
- Il est **strictement interdit** de stocker des repas personnels dans les réfrigérateurs des offices.
- Un réfrigérateur est mis à disposition dans la **salle du personnel** à cet effet.

Gestion des urgences

- Un **classeur d'urgence rouge** contenant l'ensemble des consignes d'urgence est disponible :
  - En salle de transmissions,
  - Au niveau du photocopieur du secrétariat, sur l'étagère.
- La liste des numéros du personnel y est également consultable.

II. Organigramme



III. Poste de travail

1. Tenue du Personnel

- **Règles d'hygiène** :

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux et du respect des règles d'hygiène, chaque professionnel est tenu de respecter les consignes suivantes :

- Les cheveux doivent être attachés,
- Le port de bijoux est interdit,
- Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis,
- La tenue professionnelle doit être propre et adaptée,
- Le port de gilets personnels ou de vêtements à manches longues n'est pas autorisé,
- les chaussures doivent être réservées exclusivement à l'établissement (pas de chaussures venant de l'extérieur),
- La friction hydroalcoolique (SHA) doit être utilisée selon les protocoles en vigueur,
- Le nom du professionnel doit être visible sur la tenue ou sur le badge,
- Le port du tablier et des gants est strictement réservé aux temps de soins et doit être adapté à l'acte réalisé.

Le respect de ces règles est obligatoire et participe à la sécurité des résidents comme des professionnels.

- **Savoir être** :

Le comportement professionnel fait partie intégrante de la qualité de l'accompagnement.

À ce titre, chaque professionnel s'engage à :

- Frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre,
- Se présenter systématiquement au résident,
- Refermer la porte afin de préserver l'intimité,
- Expliquer chaque geste avant de le réaliser, notamment lors des soins et de la toilette,
- Proposer les actes de soins et respecter le consentement du résident, sans jamais imposer.

Le respect, la dignité et la bientraitance doivent guider chaque intervention.

2. Accompagnement du résident

L'accompagnement du résident repose sur des pratiques professionnelles fondées sur la bientraitance, le respect, la vigilance et la traçabilité.

Bienveillance et bientraitance

- Les résidents doivent être **appelés par leur nom** (Madame…, Monsieur…).
- Lorsqu'un résident souhaite être appelé par son prénom, cette modalité est précisée dans son **Parcours d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**.
- Tous les résidents doivent être vouvoyés, sans aucune exception.

Prise en charge quotidienne et vigilance professionnelle

- Chaque professionnel doit disposer en permanence d'un **stylo et d'un calepin** (à récupérer au secrétariat) afin de noter toute information importante concernant les résidents.
- Avant d'entrer dans une chambre, il est impératif de **frapper et de se présenter**.
- Vous devez **entrer dans toutes les chambres**, y compris celles des résidents autonomes pour leurs soins
  Cette visite quotidienne permet :
  - De faire le **lit du résident chaque matin**,
  - De vérifier que tout est en ordre,
  - De s'assurer que le résident ne rencontre aucune difficulté dans sa prise en charge autonome.
- Les **plans de soins** des résidents se trouvent dans le classeur sur chaque chariot de soins.

Hydratation

- L'hydratation des résidents est un **point essentiel**.
- Un tour d'hydratation doit être réalisé **régulièrement et pas uniquement pendant les repas**.
- Vous devez :
  - Passer dans **toutes les chambres**,
  - Remplir les pichets d'eau,
  - Vérifier la présence d'un verre,
  - Proposer systématiquement à boire aux résidents.

Transmissions et traçabilité des soins

- Les **transmissions** doivent être rédigées **quotidiennement sur le logiciel de soins**.
- Les soins réalisés doivent être **signés**.
- En cas de soin non réalisé, le **motif doit impérativement être tracé**.

Il est rappelé que les transmissions constituent le **seul document légal** attestant du travail effectué auprès du résident.

Suivi et situations particulières

- En cas de **coupure NetVie**, la procédure dédiée doit être appliquée. Elle est disponible :
  - Dans le classeur en salle de transmissions,
  - Dans le classeur rouge d'urgence.

- Le **suivi journalier des selles** des résidents doit être obligatoirement renseigné dans la grille prévue à cet effet sur le logiciel **NetVie**.

Parcours d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

- Les **PAP doivent être consultés** par les professionnels.
- Vous devez prendre connaissance des PAP des résidents sur netvie.

Protocoles de soins

- Les **protocoles individuels de soins**, ainsi que les **protocoles TENA**, sont disponibles dans les classeurs présents sur les **chariots de nursing de chaque étage**.
- Ils doivent être consultés et appliqués par l'ensemble des professionnels.

3. L'environnement

Chaque professionnel est acteur du maintien d'un environnement **sûr, fonctionnel et respectueux**, tant pour les résidents que pour les équipes.

Chambres des résidents

Lors de votre entrée dans une chambre, vous devez systématiquement vérifier :

- Le bon fonctionnement des luminaires (chambre et salle de bain),
- L'absence de fuite au niveau de la chasse d'eau,
- L'absence de robinet laissé ouvert ou coulant inutilement,
- Que la fenêtre est correctement fermée (ou en position oscillo-battant uniquement).

Toute anomalie doit être signalée sans délai.

Locaux d'hygiène et de ménage

- Les locaux de **linge sale** et les **locaux de ménage**, présents à chaque étage, doivent être **impérativement fermés à clé**.
- Cette consigne relève de la **sécurité des résidents** et doit être strictement respectée.

Signalement des dysfonctionnements

- Tout matériel défectueux ou toute détérioration constatée dans la chambre d'un résident ou dans les locaux de l'établissement doit être **signalé dans le cahier de l'agent de maintenance**.
- Ce cahier est disponible dans le local du photocopieur, à côté du secrétariat.

Chariot de nettoyage

- Un **chariot de ménage** est disponible dans le local de ménage de chaque étage.
- Il doit être utilisé en cas de :
    - Liquide renversé,

    - Incident impliquant un résident,
    - Situation nécessitant un nettoyage immédiat.
- Après utilisation, il est impératif de :
    - Remettre le matériel propre à sa place,
    - Placer les mops sales dans un **sac poubelle blanc**,
    - Envoyer le sac en **lingerie**.

Gestion des déchets

- Les poubelles doivent être jetées **exclusivement dans les bacs prévus à cet effet**.
- Lorsqu'un bac est plein, merci d'utiliser les autres bacs disponibles.
- Aucun sac ne doit être déposé au sol.

Le respect de ces consignes participe au respect du travail de l'ensemble des professionnels.

Gestion du linge

- Les procédures de **tri, de rangement et de respect des couleurs des sacs** doivent être scrupuleusement appliquées, notamment en cas d'accident.
- Les armoires doivent être rangées **au minimum une fois par semaine**.

Il est demandé à chacun de veiller au **respect du travail des agents de service et de lingerie**, qui participent pleinement à la qualité de vie au sein de l'établissement.

4. Le service à table

Le service des repas participe pleinement au confort, à la sécurité alimentaire et à la dignité des résidents. Il doit être réalisé dans le respect strict des règles d'hygiène et d'organisation.

Règles générales

- Le **lavage des mains est obligatoire** avant toute manipulation alimentaire.
- Chaque table doit être équipée d'une **salière, d'une poivrière**, d'une **panière de pain** et des **couverts nécessaires**.
- Les **plans de table doivent être respectés**. Toute modification doit être validée conjointement par l'**IDEC** et la **Responsable hôtelière**.

Service du midi et du soir

Avant le début du service :

- Se laver les mains,
- Porter un **tablier**.
- **Contrôles de température**
- Avant de servir les **préparations froides**, effectuer un relevé de température : températures comprises entre **3 °C et 4 °C**
- Nettoyer et désinfecter le **thermomètre** après utilisation.

- Avant de servir les **préparations chaudes**, effectuer un relevé de température : températures **supérieures ou égales à 63 °C.**

Déroulement du service

- Servir les **entrées**, puis le **vin**.
- Vérifier que les **contenants sont propres** avant le service des plats chauds.
- Si un résident n'a pas terminé son entrée, **ne pas le presser** et ne pas poser le plat chaud à côté de l'entrée.
- Le **fromage est servi seul**.
- Le **café peut être servi avec le dessert**.
- Le service s'effectue **table par table**, quel que soit le régime ou la consistance.
- Le contenu des **assiettes doit être annoncé** au résident.

Gestion de la vaisselle

- La vaisselle sale doit être déposée sur un **chariot distinct** de celui contenant la vaisselle propre.

Petits-déjeuners

Avant de monter le chariot, vérifier la présence de :
- Sacs poubelle,
- Denrées alimentaires nécessaires,
- Serviettes,
- Couverts, tasses et assiettes,
- Serviettes longues.

Collations

Avant de monter le chariot, vérifier la présence de :
- Jus de fruits en quantité suffisante,
- Boissons chaudes,
- Gouters (gâteaux, biscuits, compotes…)
- Serviettes,
- Couverts et tasses.

Serviettes longues (bavoirs)

- Avant chaque service, récupérer les **serviettes propres en lingerie**.
- En cas de rupture, utiliser des **tabliers** pour les résidents.
- Après chaque repas :
    - Déposer les serviettes usagées dans la **boîte prévue à cet effet** (dans chaque office),
    - Fermer le sac et l'envoyer en lingerie via la **goulotte du local linge sale** de l'étage.

Offices et denrées alimentaires

- Les offices sont des **lieux de vie pour les équipes** : ils doivent être **rangés et maintenus propres**.

- Les briques de jus doivent comporter la **date d'ouverture**.
- Les **dates de péremption** des yaourts, mayonnaises et autres denrées doivent être régulièrement vérifiées.
- La vaisselle restante en fin de journée doit être :
    - Descendue en cuisine par l'équipe du soir, puis par l'équipe de nuit,
    - À défaut, replacée sur les chariots de petits-déjeuners afin d'être descendue le lendemain.

Repas en chambre

- Lorsqu'un résident prend son repas en chambre, une **serviette longue doit être systématiquement mise en place**, afin de respecter sa propreté et sa dignité.

IV. Protocoles ADEF Résident

Toutes les procédures ou protocoles sont accessibles via notre logiciel de gestion documentaire : BLUEKANGO.

V. Animation et vie sociale

L'animation fait partie intégrante de l'accompagnement des résidents et contribue à leur bien-être, à la lutte contre l'isolement et au maintien du lien social.

Les plannings d'animation doivent être respectés, ainsi que les plannings spécifiques Snoezelen, balnéothérapie.

Une **coordination régulière avec la Coordinatrice de vie sociale** est attendue afin d'adapter au mieux les animations aux besoins, aux capacités et aux envies des résidents.

À l'issue de chaque animation de l'après-midi, le **matériel et le mobilier déplacés doivent être rangés**, et les **tables utilisées nettoyées**.
Le respect du travail de chacun participe à la cohésion d'équipe, quelles que soient les fonctions occupées.

Lors de chaque animation, il est demandé de **passer dans les chambres de chaque étage** afin :

- De proposer aux résidents d'être accompagnés à l'animation,
- Ou, a minima, de leur rappeler qu'une animation est prévue et d'indiquer le lieu où elle se déroule.

Le temps d'animation est un **temps essentiel pour les résidents**, permettant de rompre l'isolement et l'ennui.
La mobilisation des équipes est indispensable pour favoriser leur participation et leur inclusion dans la vie de la résidence.

VI. Formation

Dès votre arrivée, vous bénéficierez d'une **formation d'intégration**, assurée par les professionnels référents, portant notamment sur :

- Les **protocoles TENA**,
- L'utilisation des **appels résidents**,
- Les soins en **balnéothérapie**,
- Les techniques de relaxation **Snoezelen**, dispensées par la psychomotricienne, ou tout autre personnel formé à son utilisation.

Le **planning des formations** proposées pour l'année en cours est affiché en **salle de transmissions**.

La participation aux formations est fortement encouragée. Elles constituent une opportunité de renforcer vos compétences, d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents.

Lors des journées de formation, il est rappelé que le **téléphone portable personnel doit rester dans le vestiaire** et ne doit en aucun cas être utilisé pendant la formation.

Seule une **vigilance partagée** et un **investissement collectif** permettent de maintenir et de faire évoluer la qualité de l'accompagnement des résidents au quotidien.

Nous vous remercions par avance pour votre engagement et votre professionnalisme.

L'équipe d'encadrement reste à votre disposition au quotidien pour répondre à vos questions et vous guider dans l'accompagnements des résidents.

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction des stagiaires

Questionnaire de satisfaction – Fin de stage

(Étudiants infirmiers / aides-soignants)
Anonyme – Merci pour votre participation

---

1. Informations générales

Formation suivie :
☐ Étudiant(e) infirmier(e)
☐ Élève aide-soignant(e)

Année de formation :
☐ 1re année ☐ 2e année ☐ 3e année

Durée du stage :
☐ Moins de 4 semaines ☐ 4 à 8 semaines ☐ Plus de 8 semaines

Date du stage : du..... au.....

---

2. Accueil et intégration

L'accueil le premier jour de stage a été satisfaisant.
☐ Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Pas du tout d'accord

Les informations transmises en début de stage (organisation, horaires, fonctionnement) étaient claires.
☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Vous vous êtes senti(e) intégré(e) au sein de l'équipe soignante.
☐ Oui, rapidement ☐ Progressivement ☐ Difficilement ☐ Pas du tout

---

3. Encadrement et accompagnement

L'encadrement par les professionnels a été adapté à votre niveau de formation.
☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Les professionnels ont été disponibles pour répondre à vos questions.
☐ Oui, très disponibles ☐ Plutôt disponibles ☐ Peu disponibles ☐ Pas disponibles

Vous avez pu réaliser des soins en lien avec vos objectifs de stage.
☐ Oui, suffisamment ☐ Partiellement ☐ Peu ☐ Pas du tout

---

4. Apports du stage

Ce stage vous a permis de développer vos compétences professionnelles.
☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Le stage a contribué à une meilleure connaissance du secteur médico-social / EHPAD.
☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Les missions confiées étaient cohérentes avec votre formation.
☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

---

5. Points positifs et points à améliorer

Selon vous, quels sont les **points positifs** de votre stage au sein de la résidence ? *(Réponse libre)*
.....
.....
.....

Quels sont les **points à améliorer** ou les difficultés rencontrées ? *(Réponse libre)*
.....
.....
.....

---

6. Attractivité de l'établissement

Ce stage vous a donné une image positive de l'établissement.
☐ Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Pas du tout d'accord

Seriez-vous intéressé(e) par un poste au sein de la résidence à l'issue de votre formation ?
☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, éventuellement
☐ Non

Si non ou avec réserves, pour quelles raisons ?
☐ Organisation du travail
☐ Charge de travail
☐ Horaires
☐ Encadrement

☐ Rémunération
☐ Distance / transport
☐ Autre (préciser) :
.....
.....

---

7. Suggestions

Quelles actions pourraient, selon vous, rendre l'établissement plus attractif pour les étudiants et les jeunes professionnels ?
(Réponse libre)
.....
.....
.....

Recommanderiez-vous ce terrain de stage à d'autres étudiants ?
☐ Oui, sans hésiter ☐ Oui, avec réserves ☐ Non

Merci pour votre participation.

Votre retour est précieux et contribuera à l'amélioration de l'accueil, de l'encadrement et de l'attractivité de l'établissement.

Annexe 6 : Livret d'accueil des stagiaires

Bienvenue à la Maison de la Châtaigneraie

Livret d'accueil des stagiaires

Introduction

Bienvenue à la Maison de la Châtaigneraie.

Nous sommes heureux de vous accueillir au sein de notre établissement pour votre stage aide-soignant(e) ou infirmier(e). Ce livret d'accueil a pour objectif de faciliter votre intégration, de vous présenter le fonctionnement de la résidence et de vous accompagner tout au long de votre période de stage.

Le stage est un temps essentiel d'apprentissage, de découverte du métier et de mise en pratique des connaissances théoriques. Toute l'équipe est mobilisée pour vous accompagner, vous encadrer et vous permettre de développer vos compétences dans un cadre professionnel, bienveillant et sécurisant.

Présentation de la résidence

La Maison de la Châtaigneraie est un EHPAD appartenant au groupe associatif **ADEF Résidences**, à but non lucratif.

La résidence accueille **84 résidents**, répartis sur **trois étages**, dont une **Unité de Vie Protégée de 14 places**. Elle accompagne des personnes âgées en perte d'autonomie dans le respect de leur dignité, de leurs droits et de leur projet de vie.

Notre mission est d'offrir aux résidents un lieu de vie sécurisé, humain et respectueux, favorisant le bien-être, le maintien de l'autonomie et la qualité de vie.

Les valeurs de l'établissement

Au quotidien, l'accompagnement des résidents repose sur des valeurs fortes, partagées par l'ensemble des professionnels:

- Le respect de la dignité et de la singularité de chaque personne
- La bientraitance et l'écoute
- La qualité de la relation soignant-soigné

- L'esprit d'équipe et l'entraide
- Le professionnalisme et la rigueur

En tant que stagiaire, vous êtes pleinement intégré(e) à cette dynamique.

Votre statut de stagiaire

En tant que stagiaire:

- Vous êtes en situation d'apprentissage
- Vous intervenez **toujours sous la responsabilité et la supervision** d'un professionnel de la résidence
- Vous devez respecter les règles de fonctionnement de l'établissement
- Vous êtes tenu(e) au **secret professionnel**

Votre référent de stage (IDEC, infirmier(ère), aide-soignant(e) référent(e)) sera identifié à votre arrivée.

Organisation et interlocuteurs

Durant votre stage, vous serez amené(e) à travailler avec une équipe pluridisciplinaire composée notamment de:

- La direction
- Le secrétariat
- L'IDEC (Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice)
- Le médecin coordonnateur
- Les infirmier(e)s
- Les aides-soignant(e)s / AMP / Auxiliaires de vie
- La psychologue
- Les psychomotriciennes / ergothérapeute
- La coordinatrice de vie sociale
- Les équipes hôtelières et techniques

N'hésitez jamais à poser des questions : elles font partie intégrante de votre apprentissage.

Consignes générales pour les stagiaires

Horaires et présence

- Vous devez respecter strictement les horaires de stage définis par votre convention
- Toute absence ou retard doit être signalé **immédiatement** à l'établissement et à votre école

Téléphone portable

- Le téléphone personnel doit rester éteint et rangé dans le vestiaire
- Son utilisation est interdite pendant le temps de stage, hors pause autorisée

Confidentialité et secret professionnel

Toute information concernant les résidents (santé, vie personnelle, situation familiale) est strictement confidentielle. Aucune information ne doit être communiquée à l'extérieur de l'établissement.

Il est interdit de prendre des photos ou vidéos au sein de la résidence.

Tenue professionnelle et hygiène

Le respect des règles d'hygiène est indispensable.

Vous devez obligatoirement :

- Porter une tenue professionnelle propre et adaptée
- Avoir les cheveux attachés
- Ne pas porter de bijoux
- Avoir les ongles courts, propres et sans vernis
- Porter des chaussures réservées à l'établissement
- Utiliser la friction hydroalcoolique selon les protocoles

Le port de gants et de tablier est strictement réservé aux soins et adapté à l'acte réalisé.

Attitudes professionnelles attendues

En tant que stagiaire, vous vous engagez à:

- Adopter une attitude respectueuse et bienveillante envers les résidents
- Frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre
- Vous présenter systématiquement
- Respecter l'intimité et la pudeur des résidents
- Expliquer les gestes réalisés, même lors d'un soin simple
- Respecter le consentement du résident

Les résidents doivent être appelés **Madame / Monsieur** et vouvoyés.

Participation aux soins

Les soins auxquels vous pourrez participer dépendront:

- De votre niveau de formation
- De vos objectifs pédagogiques
- Des compétences validées par votre encadrant

Aucun soin ne doit être réalisé seul sans validation préalable du professionnel référent.

La traçabilité des soins doit être assurée sur le logiciel de soins avec les codes fournis en amont de votre stage avec votre planning.

Transmissions et observation

Le stage est un temps privilégié pour apprendre à observer et comprendre les situations de soins.

- Vous êtes invité(e) à assister aux transmissions orales
- Vos observations peuvent être partagées avec l'équipe encadrante
- Les transmissions écrites restent sous la responsabilité des professionnels pour vérification

Animation et vie sociale

Les temps d'animation font partie intégrante de l'accompagnement des résidents.

En tant que stagiaire, vous pouvez être amené(e) à :

- Accompagner les résidents aux animations
- Participer aux activités proposées
- Favoriser la participation et le lien social

Ces temps sont essentiels pour lutter contre l'isolement et maintenir le bien-être des résidents.

Sécurité et situations particulières

- Tout incident, chute ou situation inhabituelle doit être signalé immédiatement à un professionnel
- En cas d'urgence, appliquez les consignes transmises par votre encadrant
- Vous ne devez jamais gérer seul(e) une situation d'urgence

Évaluation et bilan de stage

Un temps d'échange sera organisé en cours et/ou en fin de stage avec votre référent afin de:

- Faire le point sur vos acquis
- Identifier vos axes de progression
- Valider vos compétences

N'hésitez pas à solliciter des temps de retour tout au long de votre stage.

Mot de conclusion

Votre stage à la Maison de la Châtaigneraie est une étape importante de votre parcours professionnel. L'ensemble des équipes vous remercie pour votre implication, votre respect des règles et votre investissement auprès des résidents.

Nous vous souhaitons un stage enrichissant, formateur et porteur de sens.

L'équipe de la Maison de la Châtaigneraie

Annexe 7 : Benchmark rémunération IDE/AS

Annexe – Comparaison indicative des rémunérations et avantages (IDE / AS)

Source : retour d'expérience d'une professionnelle ayant travaillé dans les groupes mentionnés (données indicatives, à interpréter avec prudence).

Employeur	AS – salaire mensuel (brut)	IDE – salaire mensuel (net)	Fourchette IDE (net)	Avantages / CE	Observations
ADEF	2 299 €	2 400 €		CE ; prime de fin d'année ; prime d'assiduité (2,5 % du brut annuel) ; chèques cadeaux Noël (190 €) ; chèques vacances (170 €)	AS : compétitif ; IDE : inférieur aux concurrents privés (selon source)
DomusVi	2 230 €		2 500–2 800 €	Pas d'avantages mentionnés ; pas de CE	IDE : plus attractif que ADEF (selon source)
Emeis	2 104 €		Jusqu'à 3 000 €	Pas d'avantages mentionnés ; pas de CE	IDE : plus attractif que ADEF (selon source)

Notes méthodologiques

- Les montants sont fournis à titre indicatif (retour d'expérience) et peuvent varier selon : ancienneté, localisation, primes, temps de travail, horaires (nuit/week-end),
- L'objectif est de contextualiser la concurrence employeur et d'objectiver des écarts perçus par les candidats (sans prétendre à un benchmark exhaustif).
- Dans le projet managérial, la rémunération est analysée conjointement aux autres déterminants d'attractivité/fidélisation : intégration, organisation du travail, reconnaissance, conditions d'exercice et perspectives.

Annexe 8 : Tableau de bord suivi de la fidélisation

TABLEAU DE BORD – Fidélisation des équipes soignantes (Maison de la Châtaigneraie)

Synthèse automatique à partir de l'onglet « Saisie données » (mise à jour dès saisie).

No-show (12 derniers mois)	Turn-over moyen (12 mois)	Coût remplacements (12 mois)	Hublo remplacement (12 mois)
1	**1,724137931**	**0**	**129**
nb	*%*	*€*	*nb*

Stagiaires (12 mois)	% intentions de postuler	Absences (jours – 12 mois)	Heures sup (12 mois)
3	**0**	**105**	**110**
nb	*%*	*jours*	*h*

Tendance – 6 derniers mois (basée sur la dernière ligne de l'onglet « Saisie données »)

Mois	No-show	Turn-over %	Coût remplacements €	Hublo remplacement	Stagiaires	% postuler
2027-10	0		0	0	0	
2027-11	0		0	0	0	
2027-12	0		0	0	0	
2028-01	0		0	0	0	
2028-02	0		0	0	0	
2028-03	0		0	0	0	

Saisie mensuelle des indicateurs – Projet managérial (Recrutement & fidélisation)

Renseigner 1 ligne par mois. Les champs peuvent être laissés vides si la donnée n'est pas disponible.

Mois (AAAA-MM)	No-show (nb)	Départs (nb)	Entrées (nb)	Effectif moyen (ETP)	Turn-over (%)	Vacances Hublo (nb vacataires)	Heures sup (h)	Absences (jours)	Coût vacataires IDE (€)	Coût vacataires AS (€)	Coût intérim (€)	Stagiaires (nb)	Intention de postuler (nb Oui)
2026-04	1	0	1	28	0	129	110	70				2	
2026-05		1	1	29	3,44827586			35				1	
2026-06													
2026-07													
2026-08													
2026-09													
2026-10													
2026-11													
2026-12													
2027-01													
2027-02													
2027-03													
2027-04													
2027-05													
2027-06													
2027-07													
2027-08													
2027-09													
2027-10													
2027-11													

Définitions des indicateurs (à adapter si besoin)

Indicateur	Définition / mode de calcul	Source	Fréquence
No-show	Nombre de candidats ayant confirmé une prise de poste mais ne se présentant pas le jour J, sans prévenir.	Suivi IDEC / planning	Mensuelle
Turn-over (%)	Départs / effectif moyen (ETP) × 100 (mensuel).	RH / planning	Mensuelle
Coût remplacements	Coûts vacataires IDE + vacataires AS + intérim (période).	Contrôle de gestion	Mensuelle/Trimestrielle
Hublo remplacement	Nombre de vacations couvertes via Hublo.	Hublo / planning	Mensuelle
Absences (jours)	Total jours d'absence (maladie/AT/autres) si disponible.	RH / DUERP	Mensuelle
Stagiaires	Nombre de stagiaires accueillis sur la période.	Planning / écoles	Mensuelle
% intentions postuler	Stagiaires déclarant vouloir postuler / stagiaires répondants ×100.	Questionnaire fin de stage	Mensuelle/Trimestrielle

Master Management des Organisations Soignantes
M2 - MOS@25 -26

TITRE DU DOCUMENT
Difficultés de recrutement et de fidélisation des équipes soignantes

AUTEUR
Vanessa GILLET

MOTS CLÉS
EHPAD ; recrutement ; fidélisation ; intégration ; management de proximité ; QVCT ; attractivité

RÉSUMÉ
Ce projet managérial s'inscrit dans un contexte national de vieillissement démographique et de pénurie durable de professionnels du soin, particulièrement marquée dans le secteur du grand âge. La Maison de la Châtaigneraie (EHPAD de 84 lits, dont 4 places d'accueil temporaire et un PASA de 10 places), située à Leuville-sur-Orge (Essonne), fait face à une tension persistante sur les effectifs infirmiers et aides-soignants, accentuée par une accessibilité limitée en transports en commun. L'objectif général est d'améliorer l'attractivité et la fidélisation des équipes soignantes afin de sécuriser la continuité des accompagnements, de réduire l'instabilité des effectifs et de limiter le recours aux vacataires.
La démarche repose sur un diagnostic triangulé associant données objectivées et retours de terrain. Les documents institutionnels (CPOM, DUERP, projet d'établissement, évaluation externe) sont mobilisés pour situer les exigences et les marges de manœuvre. Les données de contrôle de gestion mettent en évidence des coûts de remplacement élevés sur la période 2020-2025, signal d'une vacance et d'une rotation impactant directement l'organisation et le budget. Sur le plan qualitatif, des réunions d'équipes (fixes et vacataires) et un recueil par questionnaire (environ une centaine de retours multi-établissements) ont permis d'identifier les facteurs d'attractivité et de départ : repères de travail, qualité de l'accueil, charge et organisation, reconnaissance, perspectives d'évolution, rémunération. Un questionnaire stagiaires, associé à un livret d'accueil dédié, complète l'analyse en mesurant l'attractivité « vécue » du terrain.
À partir de ces constats, le plan d'action est structuré autour de quatre leviers complémentaires : (1) sécuriser l'entrée et l'intégration (outils d'accueil, clarification des rôles, pré-prise de poste, points d'organisation), (2) renforcer le management de proximité et la reconnaissance du travail réel (réunions, COPIL fidélisation, rituels courts centrés sur les irritants), (3) agir sur la tenabilité et l'accessibilité (régulation organisationnelle, exploration de solutions de mobilité, partenariats territoriaux), (4) développer un vivier et la visibilité employeur (partenariats IFSI/IFAS, politique stagiaire, actions de recrutement de proximité, communication via réseaux sociaux, montée en compétences/tutorat). Le pilotage s'appuie sur une gouvernance formalisée (direction–IDEC–RH) et la construction progressive d'un tableau de bord (no-show, turn-over, absentéisme/heures supplémentaires, recours à Hublo, coûts de remplacements, retours stagiaires), afin d'évaluer, ajuster et inscrire la démarche dans la durée (18 à 24 mois). Ce projet propose ainsi un dispositif réaliste et évaluable, articulant organisation du travail, QVCT et management en soutien, au service de la stabilité des équipes et de la qualité des soins.