



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**UNE POLITIQUE D'INTEGRATION DU PERSONNEL INFIRMIER
CONTRACTUEL EN GUYANE :**

UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR DES SOINS.

CHONG SIT CORINNE

Sommaire

INTRODUCTION:..... .Pages **1 à 3** .

PREMIERE PARTIE : UNE REFLEXION SUR LES ENJEUX

ET LES CONCEPTS

I LES ENJEUX

1.1 La base réglementaire du recours au personnel contractuel 4

1.2 Sensibilité personnelle et motivation par rapport au sujet

1.2.1 Les raisons professionnelles..... **5 à 7.**

1.2.2 Les raisons personnelles..... **7 à 8.**

1.2.3 Les raisons liées à l'environnement..... **8 à 10**

II LES CONCEPTS

1.3 - le recrutement

1.3.1 Définition.....**11à 12 .**

1.3.2 La politique de recrutement..... **12**

1.3.3 La procédure de recrutement.....**12 à 14.**

1.3.4 Le post recrutement.....**14**

1.3.5 Les moyens de l'intégration**14 à 15 .**

Corinne CHONG SIT – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

1.4	<u>l'accueil</u>	16 à 17 .
------------	-------------------------------	------------------

1.5	<u>- l'intégration.</u>	18 à 19 .
------------	--------------------------------------	------------------

1.6 - Le rôle de l'encadrement

1.6.1	Le rôle du Directeur des soins	19 à 22 .
-------	--------------------------------------	------------------

1.6.2	Le rôle professionnel de l'encadrement soignant.....	22 .
-------	--	-------------

1.6.2.1	Les rôles interpersonnels.....	23 .
---------	--------------------------------	-------------

1.6.2.2	Les rôles d'information.....	24 .
---------	------------------------------	-------------

1.6.2.3	Les rôles de décision.....	24 à 25 .
---------	----------------------------	------------------

III L'IDENTIFICATION DU PROBLEME

1.7.1	La définition du turn over.....	25 .
-------	---------------------------------	-------------

1.7.2	La Direction des ressources humaines et Direction des soins.....	25 à 27 .
-------	--	------------------

1.7.3	Les unités de soins.....	27 à 29 .
-------	--------------------------	------------------

1.7.4	Les coûts cachés du recrutement.....	29 .
-------	--------------------------------------	-------------

1.7.5	Les hypothèses.....	30 .
-------	---------------------	-------------

	<u>SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE</u>	31 .
--	--	-------------

DEUXIEME PARTIE : Les réalités du terrain

<u>2.1 La méthodologie</u>	32 à 33 .
<u>2.2 L'enquête : le terrain</u>	33 à 34 .
2.2.1 Le centre hospitalier A .	
2.2.2 Le centre hospitalier B.	
<u>2.3 La population ciblée</u>	34 à 35.
2.3.1 Le personnel infirmier contractuel	
2.3.2 Les managers hospitaliers	
2.3.3 Le personnel médical	
2.3.4 Tableau récapitulatif des questionnaires	35 .
<u>2.4 Exploitation du questionnaire infirmier</u>	36 à 43.
2.4.1 synthèse.....	44
<u>2.5 Exploitation du questionnaire des Cadres de santé et Cadres supérieurs de santé</u>	45 à 47.
2.5.1 synthèse.....	47à 48 .
<u>2.6 Exploitation du questionnaire médical</u>	48 à 51.
<u>2.7 Exploitation des entretiens avec les Directeurs des ressources humaines</u>	52
<u>2.8 Exploitation des entretiens avec les Directeurs des Soins</u>	53 à 54.
<u>2.9 Conclusion</u>	54.

TROISIEME PARTIE : Les propositions pour une démarche d'intégration du personnel contractuel.

3.1 Les différentes étapes du projet.

- 3.1.1 Manager par la confiance55 à 56.
- 3.1.2 Définir les objectifs poursuivis..... 56 à 57.
- 3.1.3 Mettre en place les éléments préalables à une gestion prévisionnelle des emplois et compétences..... 57à 58 .
- 3.1.4 Le Directeur des soins et l'élaboration des outils de travail..... 58.

3.2 L'organisation du recrutement.

- 3.2.1 L'organisation58 à 59 .
- 3.2.2 Les entretiens de recrutement.....59 à 60.

3.3 Le suivi 60.

3.4 L'accueil 61 à 64 .

3.5 L'intégration 64.

3.6 L' évaluation des agents 65 .

3.7 L'accomplissement par le travail 66 .

3.8 Le management par la motivation 66 à 67 .

3.9 La valorisation des compétences 67 .

CONCLUSION..... 68 à 69.

ANNEXES.....70 à 85 .

BIBLIOGRAPHIE.....86 à 89.

INTRODUCTION

Agir sur les difficultés de recrutement et l'attractivité des établissements de santé s'inscrit dans le contexte actuel. Selon l'organisation mondiale de la santé il existe une pénurie d'infirmières quantitative, et régionalisée. Les raisons légitimant la pénurie sont multiples, qu'il s'agisse d'une inadéquation entre un plan prévisionnel de la démographie professionnelle et les besoins réels, de l'augmentation des besoins de santé de la population, associés à la mise en place de la réduction du temps de travail et aux futurs départs à la retraite à l'horizon 2005 / 2025.¹

La pénurie croissante d'infirmières² est mondiale, elle touche l'Europe, et outre atlantique les Etats-Unis et le Canada. Le déficit est estimé à environ 15 000 à 20 000 infirmières (pour le publics et le privé). Dans le cadre de la mise en place de la réduction du temps de travail 45 000 postes de personnel soignant ont été promis.³*(source l'express).

Outre la pénurie, certains secteurs d'activité connaissent des difficultés. Parfois d'ordre structurel : liées à des conditions de travail, d'emploi, d'horaires ; mais encore géographique certaines zones frontalières pâttissent de « la concurrence » du pays voisin : la main d'œuvre existe mais elle va ailleurs. Il existe aussi des territoires désertifiés ou à priori peu attractifs.

Des difficultés de recrutement se sont alors développées. Elles trouvent leur expression à travers des symptômes divers : des difficultés durables à satisfaire certaines offres, en particulier, difficultés à intégrer le personnel contractuel dans l'effectif permanent ou turn over trop important.

¹ Chiffres extraits de l' ANACT : « les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » nov. 2001 page 19

² Lire partout infirmiers et infirmières.

³ G Tanguy – « profession de santé la pénurie » l'express du 24-01-02 page 113 à 117.

Ces différents types de difficultés posés ,il faut toutefois remarquer que dans un même bassin d'emploi , dans un même secteur d'activité, certains établissements sont touchés à des degrés divers par des difficultés de recrutement ,tandis que d'autres semblent échapper au phénomène.

Les notions de manque, de pénurie, posent le problème de l'interprétation des causes réelles des difficultés de recrutement.

Les évolutions sociologiques ont modifié les comportements des demandeurs d'emploi et leur relation de travail. Aujourd'hui un changement important de mentalité est observé chez les jeunes infirmières. Selon W. Hesbeen : *« elles supportent de moins en moins bien les contraintes de l'institution, que ce soit au niveau de la hiérarchie, des horaires, des modes d'insertion professionnelle ou des salaires. »*⁴

« La plupart des jeunes infirmières privilégient leur épanouissement personnel et familial, et cela en réaction à une vie professionnelle dans laquelle elles se sentent peu reconnues. »

Or la pression sociale a fait que la demande de soins, soit devenue une exigence de plus en plus affirmée de la société. Les infirmières sont donc fondées à entendre un message très gratifiant sur leur utilité sociale, et sur l'attente croissante dont elles font l'objet.

Désormais, proposer un travail ne suffit plus, il revient à l'employeur, d'une part de susciter l'envie du demandeur d'emploi de se déclarer comme candidat, et d'autre part, lui donner des motifs d'implication à long terme dans l'exercice de ses fonctions.

La difficulté à recruter s'avère donc plus complexe qu'un problème « de pénurie »

Elle est plurielle dans ses causes et ses acteurs ; elle implique d'envisager la question sous plusieurs angles.

4. W .Hesbeen « la pénurie des personnels infirmiers en France » Objectif Soins. N° 12 – avril 1993. Page 31 à 34.

A cette fin, nous avons choisi d'étudier cette problématique dans notre établissement d'affectation, en Guyane. L'objet de ce travail s'applique au personnel infirmier contractuel employé dans un établissement public de santé.

Les difficultés de recrutement prennent une dimension particulière dans les départements d'outre mer, notamment en Guyane pour des raisons diverses :

- La situation géographique et les particularités culturelles : l'éloignement avec la France métropolitaine, un contexte de vie différent, qui constitue à la fois un attrait, et une source de difficulté.
- Les caractéristiques des contractuelles : un personnel jeune, en général, moins de trente ans, faiblement expérimenté (de 0 à 2 ans d'expérience).
- Un contexte sanitaire particulier ; une forte natalité, qui a comme corollaire, la création permanente d'infrastructures nouvelles, et de moyens humains pour répondre aux besoins de santé de la population.

Pour toutes ces raisons les pratiques en matière de ressources humaines se révèlent déterminantes pour améliorer l'attractivité d'un établissement.

La première partie de ce travail, basée sur notre expérience professionnelle et une recherche bibliographique, nous permettra d'aborder une clarification, sur les enjeux et les concepts (accueil, intégration, recrutement,).

Afin de conforter et d'illustrer cette réflexion, une investigation sur le terrain sous forme de questionnaires et entretiens divers, constituera l'essentiel de la **seconde partie**.

A partir du résultat des enquêtes, nous essayerons dans la **dernière partie**, d'esquisser des propositions personnelles quant au rôle du Directeur des soins dans le domaine de l'accueil, et de l'intégration du personnel infirmier contractuel.

Ces propositions seront envisagées avec un souci d'actions concrètes au quotidien, à mettre en place avec l'ensemble des professionnels hospitaliers, et en particulier avec l'encadrement de proximité.

I LES ENJEUX

1.1 La base réglementaire du recours au personnel contractuel.

Dans la fonction publique hospitalière on compte 150 000 agents contractuels pour 840.000 agents. La loi 86 33 du 9 Janvier 1986 a généralisé le terme de contractuel à tous les agents hospitaliers non titulaires. Elle semble marquer une étape essentielle vis-à-vis de l'expansion de la technique contractuelle.⁵

En 1981 / 1983 la fin du recours aux contractuels a été envisagée dans la fonction publique .Par la suite ,Il a fallu se rendre à l'évidence,que le maintien des contractuels répondait aux exigences du service public ,en particulier l'obligation de ne jamais interrompre les prestations .

Une des raisons du recours aux contractuels trouve une justification dans la rapidité du recrutement (leur engagement déroge au principe du recrutement par concours)

Les circonstances favorisant le recours aux agents non fonctionnaires sont multiples qu'il s'agisse de permettre aux établissements de faire face à l'absentéisme ; à la réduction du temps de travail, ou bien encore, des raisons économiques (les tensions budgétaires obligent parfois à recourir à la vacance prolongée de poste budgétaire, ou le recours au personnel contractuel, souvent rémunéré sur la base d'un indice de début de carrière, pour occuper des fonctions permanentes)

⁵ JM Clément et I Filippi « le fonctionnaire hospitalier et sa carrière » Etudes Hospitalières- Nov. 1999.

1.2 SENSIBILITE PERSONNELLE ET MOTIVATION PAR RAPPORT AU SUJET

L'intérêt que nous portons au thème de ce travail trouve sa légitimité dans diverses raisons : professionnelles, personnelles, et des raisons liées à l'environnement.

1.2.1 Les raisons professionnelles

L'exercice des fonctions de Cadre Supérieur Infirmier ou l'intérim des fonctions d'infirmière Générale nous a directement confronté aux problèmes de la gestion du personnel infirmier contractuel. Ces situations ont suscité un important questionnement.

En effet, notre expérience professionnelle nous a révélé le mal être du personnel contractuel, maintes fois verbalisé .Celui ci se manifeste sous la forme d'un turn over important, générant à son tour des dysfonctionnements sur l'ensemble du secteur hospitalier.

La rotation des contractuels induit un surcroît d'activité pour nombre de secteurs : de la blanchisserie au bureau du personnel, en passant par l'insatisfaction des personnes soignées, la démotivation du personnel titulaire, pour qui le quotidien devient un éternel recommencement.

En observant que des infirmiers contractuels en fonction depuis quelques semaines ne s'épanouissent pas dans leur activité, qu'ils ne rendent pas les services que l'on attend d'eux, que le dialogue avec leur supérieur est difficile, amène tout autant à s'interroger sur le mode de recrutement, que sur les modalités d'intégration.

D'un point de vue déontologique : sachant que le personnel contractuel arrivant dans le département est un personnel jeune, dont l'expérience professionnelle est relativement faible, que celui-ci n'est pas encore initié aux diverses cultures locales ; ne doit on pas structurer l'accueil des nouveaux arrivants, afin de réduire les facteurs de risque dans la situation de travail ?

A des fins d'illustration, nous avons choisi un exemple qui nous a longtemps

marqué. Il est issu de notre expérience professionnelle. La méconnaissance des cultures dans une relation de soins à l'hôpital, génère le plus souvent un mécontentement de la personne soignée, mais parfois les conséquences peuvent être tragiques.

Un patient d'origine boni hospitalisé en service de médecine s'est déféstré après qu'une infirmière nouvellement affectée ai coupé la cordelette « qui sentait mauvais autour de sa taille « le safétida »

Cette cordelette, imprégnée de la plante malodorante qui porte son nom, est en fait, une protection magique. Non protégé et loin des siens le patient a préféré se donner la mort.

Nous avons également été amené à considérer le problème sur le plan de l'éthique :

Le personnel contractuel doit-il inéluctablement vivre les contraintes de la situation de travail que le personnel titulaire refuse ? C'est-à-dire les changements continuels de planning de travail, les choix de congé annuels après que les Titulaires aient choisi, les déplacements en cours de service en cas de nécessité.

Afin de trouver quelques éléments de réponse, nous avons mis à profit les deux stages de notre formation de Directeur des soins. Notre premier stage a été effectué dans un Centre Hospitalier Universitaire. Nous avons découvert que l'établissement jouissait d'une excellente réputation, que celui-ci s'avérait attractif de part son implantation géographique, ses projets divers, et qu'il ne souffrait pas de difficulté de recrutement.

Dans le deuxième, une clinique participant au service public hospitalier, en sus des arguments déjà cités, nous avons mis en exergue au niveau de l'équipe de Direction, un réel investissement dans une politique de communication permanente avec les différents acteurs, et surtout le maintien d'une culture d'établissement avec des valeurs très fortement ancrées (sens de l'accueil, la participation, la reconnaissance, l'équité pour ne citer que celles-ci).

Ces éléments semblent à l'origine d'une importante attractivité des structures, à la fois pour le personnel et les personnes hospitalisées. Ajouté à cela, des procédures de recrutement clairement structurées, et formalisées dans les deux structures.

Cette observation a conforté notre raisonnement, dans le sens où nous avons pu entrevoir, ce qui peut constituer un pôle d'attractivité pour le personnel infirmier au sein d'un établissement de santé, comprendre l'importance d'une politique de recrutement dûment formalisée et identifier la place et le rôle de Directeur des Soins dans le dispositif.

1.2.2 Les raisons personnelles

Le vécu de ces situations a induit le besoin de clarifier les procédures, de vérifier que celles-ci étaient bien conformes à nos conceptions et valeurs, et de nous rapprocher des divers acteurs pour lever les sources d'incompréhension et d'affrontement.

Ayant participé à l'organisation d'un recrutement massif d'infirmières au salon infirmier à Paris au mois de Mai 2000, ce besoin naissant a trouvé confirmation.

D'une part parce que l'opération s'est avérée très coûteuse, que celle-ci n'a rapporté qu'une vingtaine de candidatures à l'établissement, très échelonnées dans le temps, et qu'elle a fait l'objet d'une forte contestation au sein du conseil d'administration.

Un taux de chômage au niveau du département, supérieur à la moyenne nationale, explique l'opposition des membres du conseil. En réaction à la présentation du projet à posteriori, et en regard de leur attachement à promouvoir le recrutement local.

D'autant plus que la fidélisation de ce type de personnel est très largement établie.

C'est alors que trois grands principes à respecter dans le cadre de l'élaboration d'une politique de recrutement nous sont apparus avec acuité .Le premier concerne la mise en œuvre d'une démarche participative ; le deuxième un processus de communication permanente avec l'ensemble des acteurs, le troisième : la prise en considération de l'environnement sociopolitique.

Ce questionnement a généré des réponses spontanées comme l'initialisation de la construction d'outils de travail (fiches de poste, grille d'évaluation et d'entretien).

Mais il a surtout mis en exergue un besoin de formation personnelle, afin de mieux appréhender dans l'exercice de nos fonctions de Directeur des Soins la complexité d'une politique de recrutement.

Compte tenu de l'importance que revêt la situation dans le département, il nous a semblé opportun durant cette période de formation, de saisir l'occasion à la fois de réfléchir à notre vécu, d'échanger des expériences avec divers professionnels, et d'essayer de dégager des pistes de réflexion dans la perspective de diminuer le turn over dans notre établissement d'affectation.

1.2.3 Les raisons liées à l'environnement

Département d'outre mer **La Guyane**, est la seule présence française en Amérique du sud (nord est du continent) elle s'étend sur un territoire de **91 000 km²** (soit le sixième de la France) à **8 000 Km de la métropole**.

Plus de **90 %** de la superficie est recouvert par la forêt équatoriale. La zone habitée couvre essentiellement le littoral, et la trajectoire des fleuves à l'est et à l'ouest. Le centre est un espace exclusivement dévolu à la forêt.

L'activité et le développement du centre hospitalier de Cayenne s'inscrivent dans un environnement sanitaire, socio-économique et démographique tout à fait particulier. Bien que souvent considérée comme l'équivalent des Antilles françaises, la Guyane ne comporte aucun trait de ressemblance avec ces îles.

Elle diffère par bon nombre de caractéristiques : sa taille, la couleur des eaux, son climat, sa population, la faune, la flore. Elle est un département d'Outre Mer sur le

continent Américain. Cela constitue à la fois un attrait pour la personne avertie, mais également un choc culturel pour le néophyte.

Le contexte socio démographique est totalement différent de celui de la France hexagonale. Il affiche une croissance supérieure à la moyenne nationale ; la population a doublé au cours des vingt dernières années et doublera dans les vingt années à venir. Dans un autre ordre d'idée si le problème des personnes âgées se posera à l'avenir, les moins de 25 ans représentent aujourd'hui plus de la moitié de la population.

La population de Guyane est estimée à 151.213 habitants, selon le recensement de l'INSEE en date de l'année 2001.⁶ Ce pays représente une véritable mosaïque de groupes humains caractérisés par leur histoire, leur zone d'implantation et leur structure économique.

On y trouve principalement :

1. **Les Amérindiens** : environ 6 000. se divisent en 6 ethnies différentes (les Galibis, les Arawak, les Palikour, les Wayana, les Wayampi, et les Emerillon.).
2. **Les Créoles** : issus du métissage entre Africains, Asiatiques, et Européens représentent plus de 50 % de la population.
3. **Les métropolitains** : vivent en grande majorité sur le littoral, principalement sur Cayenne et Kourou.
4. **Les Asiatiques** : ils occupent principalement les activités commerciales et agricoles.
5. **Les Noirs Marrons** : ou Bushi Nengué dénombrés entre 20 000 et 25 000.

Cette diversité culturelle semble constituer un intérêt professionnel pour le personnel de santé amené à séjourner en Guyane.

Sur le plan sanitaire le Centre Hospitalier de Cayenne est le seul établissement français autorisé à gérer des centres de santé répartis sur l'ensemble du territoire.⁷

⁶ Chiffres extraits du bulletin statistique de l'INSEE Guyane 2001.

⁷ Voir en annexe la répartition des postes et centres de santé.

Ce qui offre une possibilité de diversifier son expérience professionnelle, elle, aussi recherchée. A titre d'illustration, nous indiquerons qu'aucun Centre de santé n'est comparable à un autre. Ils diffèrent par leur implantation géographique, l'origine ethnique de leur population ou bien encore par la nature des équipements de service public dont ils disposent.

La morbidité participe également au caractère particulier : certaines pathologies sont inconnues en métropole (dengue, paludisme, leishmanioses), d'autres présentent des prévalences différentes. (Infections virales sexuellement transmissibles).

Le projet médical 2001 à 2006 du Centre Hospitalier de Cayenne prévoit la création d'un pôle hospitalo –universitaire de parasitologie et de mycologie avec ses trois composantes : le soin, la recherche, la formation. A plus long terme la mise en place d'un institut universitaire de médecine tropicale est envisagée.

Tous ces éléments qui semblent constituer un pôle d'attractivité professionnelle méritent d'être valorisés par le biais de l'information ; afin que le recrutement local et extérieur parviennent enfin à satisfaire les besoins.

Centrer la problématique des difficultés de recrutement sur l'attractivité des établissements de santé conduit à en chercher les freins éventuels. Ceux-ci jouent dans trois champs relatifs aux pratiques de gestion des ressources humaines :

- Les processus de recrutement.
- Les modalités d'intégration et de fidélisation.
- Les conditions de travail offertes et / ou vécues par les salariés.

II LES CONCEPTS

Selon Renée Sage : « *Le regard sur le marché du travail, sur les habiletés des demandeurs d'emploi, sur la définition rigoureuse des offres d'emploi doit être complété par un champ d'analyse plus large. Celui-ci intègre les processus de recrutement, d'intégration, et de fidélisation des salariés* ». ⁸

1.3 - LE RECRUTEMENT

Pour les responsables hospitaliers, le recrutement constitue un enjeu majeur dont la réussite influe directement sur l'évolution, passant par des solutions multiples et intervenant à des horizons différents : à court terme pour certaines, à moyen terme pour d'autres.

L'absence d'anticipation, face notamment aux évolutions sociologiques, économiques et technologiques peut aussi poser problème. En effet, un manque de gestion prévisionnelle des emplois et compétences risque de conduire à des recrutements dans l'urgence, toujours pénalisant pour l'établissement et pour la personne recrutée.

Un rapport ministériel sur la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics met en exergue : « des modes de recrutement, de notation, de d'affectation qui demeurent inchangés, alors que l'on agit sur l'implication par la participation, sur les compétences par la formation, en s'appuyant sur un encadrement dont l'évolution est au cœur du processus de changement. » ⁹

C'est pourquoi nous pensons que les décisions provisoires de recrutement ou définitives de titularisation auxquelles participe le Directeur des Soins en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines exigent la conception d'outils élaborés en équipe, la mise en place d'une véritable politique d'accueil et d'intégration, afin de contribuer à la promotion des potentiels humains et d'en faire un facteur de réussite à l'échelle des agents et de l'établissement.

⁸ Anact « les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » éditions liaison nov. 2001.

⁹ N.Tavernier- M.C Mahe-P.Baratay – T. Guérin « la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics » rapport d'étude. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. 1994.

En référence à notre expérience professionnelle, nous partons du postulat qu'un recrutement est rarement idéal d'emblée et que celui-ci serait plutôt un *compromis* entre les besoins de l'établissement, les exigences du poste, et les aspirations de l'agent.

1.3. 1 La Définition

La définition que nous avons choisie est empruntée à un groupe de travail des Hospices Civils de Lyon : « un ensemble coordonné d'actions visant à doter l'institution de moyens humains adéquats pour lui permettre de réaliser ses finalités en s'adaptant à l'évolution de l'environnement. ».

1.3.2 La politique de recrutement

Recruter, sélectionner, évaluer, orienter sont tous des actes qui, s'inscrivent à la fois dans des politiques à dimension collective, et une relation individuelle.

Ceci relève de l'évidence, s'il s'agit d'affirmer qu'une embauche doit s'inscrire dans une politique de recrutement, et plus globalement dans une politique de l'emploi.

Il ne nous paraît pas opportun d'aborder ici la gestion fondamentale des ressources humaines sous l'angle de la description d'outils ou de méthodes « universels »

C'est au contraire à la réflexion préalable à leur choix que nous paraît devoir être portée, en priorité, notre attention.

Elle est un des éléments de l'ensemble de la politique du personnel qui associé à une politique de promotion du personnel et de formation permet aux établissements publics de santé de remplir leurs missions :

- Répondre à la demande de soins de la population en cherchant à atteindre une qualité de soins optimale et une efficience économique.
- Offrir aux personnes qu'il recrute des possibilités de promotion et d'évolution de carrière, source d'épanouissement personnel et de motivation au travail.

1.3.3 La procédure de recrutement

L'opération de recrutement s'avère complexe et difficile au sein des établissements publics de santé .Il s'agit de recruter, non pas seulement pour un poste défini demandant des capacités particulières, mais de recruter pour toute une carrière professionnelle qui se déroulera sur de nombreuses années avec la perspective d'occuper des emplois différents.

Donner une place plus forte au recrutement dans la stratégie des ressources humaines d'un établissement, revient à reconsidérer la hiérarchie des priorités .

Il s'agit alors de répondre à la priorité qu'il convient de donner à la gestion et la fidélisation du personnel en considérant celui-ci comme une ressource stratégique.

L'acte de recruter est classiquement décrit par une première étape constituée par la définition des objectifs, la recherche des candidatures et la sélection des candidats. Vient ensuite une deuxième étape : l'entretien de recrutement .La dernière étape est celle du post recrutement. Nous nous attacherons à développer plus particulièrement les deuxièmes et troisièmes étapes.

L'entretien :

L'entretien de recrutement reste incontournable, celui-ci a une forte validité aux yeux des candidats, il permet d'humaniser et d'objectiver le processus de décision du recrutement, il constitue un moyen efficace pour identifier les comportements sociaux et la motivation du candidat.

Du côté du recruteur un savoir faire est indispensable, sa préoccupation permanente et essentielle, est de créer les conditions optimales afin que son interlocuteur puisse exprimer tout ce qu'il désire, car l'entretien est un événement stressant pour les deux parties.

Les buts à atteindre visent l'identification :

1. De la **compétence** du candidat, c'est-à-dire son aptitude à faire face aux exigences du poste.
2. De la **motivation** vis-à-vis du poste (satisfait-il ses besoins, répond-il à ses attentes ?)
3. De l'**adaptabilité** du candidat. En effet, quelles que soient sa compétence et sa motivation, celui-ci, ne pourra réussir que : s'il s'intègre correctement dans l'établissement, s'il en accepte les objectifs, s'il se conforme aux contraintes de la structure, s'il accepte la hiérarchie.

Le but de l'entretien est d'obtenir, de part et d'autre, un maximum d'éléments fiables pour préparer la meilleure décision mutuelle possible. Car il ne peut y avoir d'accord et ceci durablement, que si chacun trouve une satisfaction suffisante à ses attentes.

1.3.4 Le post-recrutement

L'acte de recrutement ne s'arrête pas à la phase de sélection, il comprend la phase d'intégration de la personne recrutée. Cette phase ne concerne pas la seule adaptation au poste de travail mais implique une intégration dans l'établissement.

Il est courant de dire que c'est au moment où l'on intègre l'entreprise que l'on a des chances d'apprendre à connaître l'établissement. L'objectif du processus d'intégration est fondé sur la connaissance de l'établissement, sa culture, ses règles, les particularités de son métier. Il offre une meilleure vision institutionnelle, et permet d'éviter des malentendus.

1.3.5 Les moyens de l'intégration : le tutorat et l'évaluation des compétences.

o Le tutorat :

Tout apprentissage professionnel participe un peu de la tradition initiatique du compagnonnage : elle nécessite une guidance personnalisée qui initie à l'univers professionnel. M. Crémadez nous enseigne que l'ajustement mutuel : « *les liaisons*

directes entre les individus est le mode d'intégration le plus couramment utilisé au sein des unités opérationnelles¹⁰.»

Le tutorat est un accompagnement personnalisé qui permet à la personne concernée d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de ses fonctions, de s'intégrer dans une situation de travail et plus largement dans un environnement professionnel.

Le tuteur doit remplir trois rôles : un rôle pédagogique, de référence, et un rôle social. Le tutorat constitue donc un mode d'accueil très efficace pour les nouveaux arrivants. Seules les expériences de terrain permettent de construire des compétences. Il peut aussi offrir l'avantage de préparer les tuteurs à prendre des responsabilités managériales.

Cependant on ne nomme pas à l'improviste un tuteur dans une structure quelconque.

La mise en place d'une fonction tutorale implique au préalable une réflexion collective, initiée par la Direction sur le rôle de chacun dans le processus d'intégration, et sur les moyens à mettre en œuvre.

L'organisation du travail doit permettre l'exercice réel du tutorat. La mise en place d'un processus d'évaluation et d'ajustement des modalités de professionnalisation du nouvel arrivant est une composante de la fonction.

o **L'évaluation des compétences**

Gérer des hommes présuppose la possibilité de les évaluer. A la fin de la période d'essai : un premier point apporte un éclairage sur l'adaptation. Il débouche si nécessaire sur de premières actions correctives sous réserve de la confirmation de poste. L'évaluation de la performance suppose des objectifs préalables suffisamment clairs et partagés par la hiérarchie et le subordonné. Elle s'inscrit dans une perspective d'évolution et de changement, sinon elle n'a évidemment aucun sens.

¹⁰ M.Crémadez : « le management stratégique hospitalier » inter Editions paris 1997. Page 31.

Enfin il faut rappeler qu'il y a des degrés divers, d'attente du professionnel à l'égard de l'établissement qui le recrute en matière d'évolution professionnelle. C'est probablement là, un gage de la motivation du personnel car celle-ci est pour beaucoup, une valeur recherchée dans laquelle ils peuvent trouver un accomplissement.

1.4 - L'ACCUEIL

Si l'importance de l'accueil du patient n'est plus à démontrer, elle est une nécessité, un enjeu pour les pouvoirs publics, un droit pour l'usager et sa famille, un devoir pour les professionnels, il n'en est pas de même pour l'accueil des professionnels dans l'institution hospitalière ou dans les unités de soins.

S'adapter à un poste, à une fonction, dans un collectif de travail qui nécessite d'être en liaison avec d'autres pour mener à bien une mission, même dans les meilleures conditions, ne va jamais de soi, pour la jeune recrue, comme pour l'agent chevronné.

L'origine du mot accueil vient du latin « accipio » qui signifie : recueillir, apprendre, entendre, interpréter. Le dictionnaire nous donne la définition suivante : « *action, manière d'accueillir* »¹¹ évoquant l'idée d'un acte dynamique, une action, un mouvement.

De cette définition, émergent des notions clés : de relation, d'entraide, de guidance. Ainsi apparaît la notion de respect qui doit amener les équipes soignantes à prendre soin du nouvel arrivant, avec la même qualité d'attention qui est portée à l'accueil de la personne hospitalisée.

Selon N. Metzger ancien chef du personnel de l'hôpital Mont Sinaï à New York :

« Les premiers jours d'un nouvel employé sont difficiles, tant pour lui que pour L'hôpital. C'est une période d'adaptation à un milieu nouveau, étranger et parfois

¹¹ Dictionnaire le petit Larousse.

*Apparemment hostile. Les premières impressions sont indélébiles même si l'on cherche à les effacer plus tard, elles deviennent fortement enracinées dans l'esprit de l'employé. . »*¹²

Et pourtant, l'accueil d'un nouvel agent à l'hôpital, dans une équipe, ne semble pas bénéficier de la même considération que celle qui est réservée aux patients. Il semble dépendre souvent de la bonne volonté, du désir ou non d'implication des diverses équipes. Georges Arbuz et Denis Debrosse confirment cet état de fait :

*« Lors de sessions de formation intra hospitalière qui regroupent des soignants de divers services, on est frappé par la variété de pratiques dans les domaines comme l'accueil et l'intégration des nouveaux membres... la qualité des procédures en vigueur semble dépendre principalement de la pratique du médecin responsable et de la capacité d'initiative de la surveillante. »*¹³

Il appartient au personnel en place à concevoir l'accueil des nouveaux soignants dans le cadre d'une action à la fois individuelle et collective, qui doit trouver un prolongement *« par l'intégration de l'individu à une communauté, une place dans un ensemble social et surtout la participation à des convictions et des valeurs communes »*¹⁴

L'accueil se révèle comme un pré requis de l'intégration du nouvel arrivant, dont le souci de concrétisation nous incite à rappeler le concept d'intégration¹⁵ :

« Intégrer est la dimension relationnelle et émotionnelle du travail. Cela consiste à communiquer, c'est-à-dire à écouter, comprendre, répondre ; mais aussi orienter le dynamisme de chacun dans une direction commune, à instaurer et maintenir un climat relationnel générateur de respect mutuel. Cela signifie également être attentif

¹² Artal B « accueil, orientation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital Suisse » soins n°405, mai 83, page 25.

¹³ Arbuz G., Debrosse D. « Réussir le changement à l'hôpital » Inter Edition, Paris, 1996, page 68.

¹⁴ Bernoux P. « la sociologie des organisations » Edition du seuil - Page 8 - 1983.

¹⁵ André Montésinos « les relations de pouvoir – les leaders utiles et leaders nuisibles - objectif soins – n°47 nov 96.

aux personnes, construire l'équipe en même temps que les projets de travail concret. »

Parce ce que les nouveaux embauchés attendent beaucoup de l'accueil, ils se **réjouiront** de sa qualité, ou, inversement il en résultera une grande frustration qui les **incitera au départ**. Engager les équipes dans une direction commune, construire conjointement les équipes et les projets confèrent aux Cadres un rôle essentiel dans l'intégration des professionnels.

1.5 - L'INTEGRATION

L'étape d'intégration est souvent mal prise en compte, voire ignorée : on part souvent du postulat que la personne recrutée est d'emblée opérationnelle, ce qui est rarement le cas. Selon Renée Sage : « *L'intégration ne se décrète pas, elle se prépare : c'est le milieu qui est intégrateur.* »¹⁶

Pourtant, ne pas se donner les moyens d'intégrer durablement un agent, ne pas lui offrir de réels motifs pour s'investir à long terme revient souvent, aujourd'hui, à subir un turn over pénalisant et à accroître les coûts du recrutement.

L'accueil du nouvel agent entrant dans une nouvelle équipe peut être illustré par une définition de M .Chevreul : « *L'ajustement réciproque des éléments constitutifs d'un système permettant à celui-ci de former un tout équilibré.* »¹⁷

Un équilibre doit donc s'établir entre l'équipe et le nouvel embauché qui vont entrer en relation ,en tenant compte mutuellement des aspects personnels ,des identités,des attitudes , des expériences et des cultures de chacun.

Comme le souligne M Cremadez : « *l'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.* »¹⁸

¹⁶ Renée Sage : « agir sur les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » éditions liaisons nov. 2001. Page 44.

¹⁷ Chevreul M « l'intégration des infirmières dans l'équipe soignante hospitalière » mémoire pour la maîtrise des sciences sociales, université Paris 8, 1990.

¹⁸ Cremadez M « les clés de l'évolution du monde hospitalier » cahiers de gestion hospitalières n°59 et gestion hospitalière n° 266, mai 1987, page 291.

Cette intégration peut être obtenue « *par contrat, c'est-à-dire la négociation et le marchandage qui peuvent se dérouler de façon explicite ou implicite. Mais la négociation, les relations contractuelles ne s'établissent pas naturellement.* »

Aussi l'intégration fait appel à la réussite d'une stratégie, élément fondamental de celle-ci. M. Cremadez définit la **stratégie** comme : «*la détermination, par une organisation, des rapports qu'elle souhaite établir avec son environnement dans le but de se développer en satisfaisant une partie des besoins de cet environnement.* »

Cela implique des adaptations constantes de la part de l'équipe et du nouvel arrivant, afin de trouver un équilibre harmonieux pour atteindre un objectif commun.

Cette dynamique fait du Cadre de santé, un acteur privilégié, au cœur de la situation de travail. Néanmoins, il ne s'agit pas « de former de parfait stéréotype ». Le rôle du Cadre de santé est de valoriser les expériences, le vécu, le savoir faire, la culture des nouveaux agents dans la relation de travail, de manière à générer un enrichissement collectif et un épanouissement individuel.

1.6 - LE ROLE DE L'ENCADREMENT

1.6.1 Le Directeur des Soins

Les ordonnances d'avril 1996 qui placent l'hôpital au carrefour d'une double logique : de cohérence budgétaire, traduite par la création des Agences Régionales hospitalières et une logique de qualité concrétisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, induisent l'application d'une politique d'amélioration constante de la qualité du management .

Notamment :

- La référence 5 du manuel d'accréditation : de la gestion des ressources humaines : « le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des compétences »

- La référence 6 : des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

Ces missions répondent au rôle du Directeur des soins qui participe au recrutement des personnels infirmiers, des aides soignants, et des agents des services médicaux ; à l'organisation du stage qui précède la titularisation.

Celui-ci intervient dans la gestion administrative et fonctionnelle des agents, et dispose d'un pouvoir propre en matière d'affectation.

Tout au long de l'année les équipes soignantes accueillent des infirmières nouvellement diplômées. Après une période contractuelle, dont la durée diffère selon les politiques d'établissement, elles franchiront l'étape du stage, elle-même sanctionnée par la titularisation, passeport indispensable pour l'exercice à long terme de la profession dans la fonction publique hospitalière.

Pour le Directeur des soins cette période et plus globalement celle qui précède la titularisation représentent un enjeu essentiel en terme d'acquisition de compétences et de gestion des ressources humaines d'une part, de sécurité de qualité des soins d'autre part.

La question essentielle à laquelle doit répondre la stratégie de management des ressources humaines est avant tout comment motiver les salariés, faire en sorte qu'ils soient satisfaits et qu'ils s'investissent dans leur travail et ceci durablement .

La base de la motivation est l'individualisme créatif, qui s'appuie sur les aptitudes personnelles. L'envie d'utiliser les aptitudes constitue la motivation intérieure ; la personne qui peut utiliser ses aptitudes se sent stimulée.

Lors de l'entretien de recrutement, le Directeur des soins doit identifier les aptitudes personnelles, tenir compte de celles-ci dans le cadre de l'affectation, et rechercher à les promouvoir tout au long du processus d'intégration.

En effet, un recrutement sur dossier, une affectation sans préparation, sont susceptibles à chaque fois, de nuire à la qualité de la prise de poste. ; or de ce départ dépendra l'insertion future.

Dans un même ordre d'idée la motivation est orientée par trois centres d'influence :¹⁹

- La définition des postes.
- La répartition des diverses attributions.
- Le degré d'association des hommes au fonctionnement de leur entreprise.

Mais si nous optons pour une définition plus novatrice nous pouvons assimiler le rôle du Directeur des Soins à celui « d'un coach ». Cette définition englobant à la fois l'aspect individuel et collectif de la relation.

C'est-à-dire :

*« Un homme de conseil et d'expérience qui fournit des outils, des méthodes afin d'organiser l'action collective, de valoriser les compétences, et les acquis expérimentiels, mais aussi un animateur d'hommes, capable de susciter, de motiver, et de jouer un rôle exemplaire. »*²⁰ Dès lors nous pourrions envisager le cadre de son action autour de 4 axes :

- La consultation :

« Il s'agit de prendre régulièrement la température du fonctionnement, de se doter d'indicateurs, de consulter ses personnels sur des points importants » :

- La compréhension du projet d'établissement.
- L'adaptation au poste et conditions de travail.
- Les procédures de travail et l'amélioration du service rendu.
- Le climat relationnel et la communication interne.

- La négociation :

¹⁹ JM Fourgous – B Lturralde : « Mesurer et apprécier le climat social dans l'entreprise » Edition ENSP mai 1991.

²⁰ JR Loubat « le cadre moderne est avant tout un coach » - revue management – sept 2001, page 21 à 25.

« Il s'agit de favoriser et de valoriser la négociation entre les acteurs, mais aussi de la faire aboutir et d'en garantir les engagements que cela exige »

- une gestion stricte des réunions
- une bonne circulation de l'information.
- une capacité d'instaurer des espaces de négociation.

· La responsabilisation :

« Fonctionner de manière participative, c'est d'abord faire confiance aux personnels ce qui signifie que :

- chacun puisse identifier sa fonction et se trouver en capacité de se représenter sa participation à l'intérieur de la structure.
- Chacun soit suffisamment motivé pour faire preuve d'initiative à sa mesure, sans attendre les commandes de son supérieur hiérarchique immédiat.

· la délégation :

« Pour qu'un système participatif puisse fonctionner les acteurs doivent savoir déléguer. Déléguer ne voulant pas dire « se débarrasser de » mais transmettre une tâche ou une mission avec les informations nécessaires et en disposant des modes de contrôle appropriés. »

Dans le cadre du processus de recrutement il est possible d'initier une pratique qualitative en impliquant plus étroitement l'encadrement, il faut chercher à lui faire jouer un rôle plus important dans la définition du poste à pourvoir et donc de son profil, dans la campagne de recrutement, dans la sélection des candidats et bien sûr dans la décision de recrutement.

La réalisation de cet objectif ne peut se concevoir sans un changement du fonctionnement des Cadres. C'est à dire gagner en efficacité en passant d'une logique de cloisonnement et vers une transversalité ; en créant un corps d'encadrement partageant des valeurs et une conception commune du management de l'établissement.

1.6.2 Les rôles professionnels des Cadres :

Nous pensons que l'encadrement de terrain est prêt à jouer un rôle dans le processus de fidélisation des infirmiers contractuels, même s'il lui faut, pour cela acquérir de nouvelles compétences.

Le Directeur des soins doit leur en donner les moyens en les responsabilisant, en clarifiant les marges d'autonomie, en les impliquant dans les processus de décision, en aidant à trouver un moyen terme entre le tout participatif et le tout directif.

Le Cadre de Santé se définit comme la personne qui a la responsabilité d'une unité de l'organisation. Les dix rôles de celui-ci sont répartis en trois sous ensembles :²¹

- Les rôles interpersonnels.
- Les rôles liés à l'information.
- Les rôles décisionnels.

1.6.2.1 Les rôles interpersonnels

Le symbole : le cadre représente son organisation dans toutes les occasions formelles. Il agit également comme agent de liaison interagissant avec ses pairs et l'ensemble des partenaires intra et extra hospitaliers.

Le cadre est, dans toutes ses activités le leader au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ses subordonnés se tournent vers lui pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation.

Se faisant il définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera, il donne une direction, un but, un sens. Le cadre occupe donc une position privilégiée, il est le point clé des informations organisationnelles.

21. H.Mintzberg - Le manager au quotidien –les 10 rôles du cadre - édition d'organisation –novembre 2000.

Le leadership est la composante essentielle de quelques unes des activités du cadre, dont celle liée à la gestion du personnel et à la motivation.

En particulier il est à l'affût des dysfonctionnements, des problèmes en mal d'attention, des subordonnés qui ont besoin d'encouragements ou de critiques ; il lui appartient de maintenir l'organisation en éveil.

C. Dejours nous propose la théorie suivante de l'homme au travail : « *il est constamment déchiré entre ce qu'il veut et ce qu'il peut, ce qu'il désire et ce qu'il doit. Cette contradiction se réplique dans les situations de travail. L'homme au travail ne peut être considéré comme unifié et cohérent.* »²²

Le cadre effectue l'intégration entre les besoins des individus, et les buts de l'établissement, afin que les opérations soient plus efficaces.

1.6.2.2 Les rôles liés à l'information :

Le cadre reçoit et recherche les informations qui lui permettent de comprendre son organisation. Par les liaisons hiérarchiques qu'il entretient, il dispose d'une base d'information couvrant de nombreux domaines. Il devient le centre nerveux de l'information interne car il est un observateur actif ; il transmet ces informations, et assure des missions de porte parole en reliant l'environnement et son organisation.

Ces principes positionnent fortement le Cadre, à la fois sur l'aspect qualitatif et quantitatif, dans le processus d'intégration du personnel, notamment au niveau du recueil et de la transmission des informations. Le cadre s'assure de la bonne compréhension et de la diffusion authentique des messages.

1.6.2.3 Les rôles de décision :

Les rôles de décisions, considérés par Mintberg comme les plus importants, se répartissent en quatre activités.

²² C.Dejours : « le facteur humain » collection que sais je. PUF. Fev 1999.

- ❖ Entreprendre : améliorer la performance de l'organisation et l'adapter aux mutations de l'environnement.
- ❖ Gérer les troubles : réagir aux événements qui échappent à son contrôle.
- ❖ Répartir les ressources : employer au mieux les actifs, le potentiel humain et son propre temps.
- ❖ Négocier : ouvrir le dialogue afin d'éviter un climat conflictuel ; cela suppose être à l'écoute des agents et promouvoir les échanges divers.

Ces conceptions mettent l'accent sur la participation des Cadres à cette gestion. Ils sont au confluent des besoins identifiés de la personne hospitalisée, des besoins verbalisés par le personnel, des objectifs institutionnels et des impératifs de qualité.

De leur savoir faire, motivation, dépend en partie la qualité des équipes soignantes. Par ailleurs ils constituent des leviers de changement et un relais privilégié du Directeur des soins ; ils concrétisent les politiques et assurent la mise en œuvre des projets.

III IDENTIFICATION DU PROBLEME

1.7.1 La définition du turn over

« Le turn over ou roulement des ressources humaines dans une structure est un renseignement important du climat social » « .Il représente en quelque sorte l'état de santé, la culture de l'établissement, ce qui régit et qui caractérise le dynamisme de la structure. C'est un ratio qui tient compte du mouvement d'entrées et de sorties des agents au cours d'un exercice. »²³

Selon E. A Locke il constitue une des conséquences de l'insatisfaction dans une situation de travail.

²³ J.Bonmati « les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser » berger- levraut.

H. Savall et V Zardet précisent dans leur ouvrage : « *l'instabilité du personnel, caractérisée par sa rotation est un symptôme de son manque de satisfaction dans le travail...* »²⁴

1.7.2 La Direction des Ressources Humaines et le Directeur des Soins

La rotation importante du personnel infirmier induit une charge de travail importante et constante, par l'augmentation régulière du nombre de dossiers et la gestion des fins de contrat. **584** contrats à durée déterminée ont été conclus en 2001, en sachant qu'un même agent peut bénéficier de plusieurs contrats dans l'année)²⁵

Parallèlement les besoins en personnel se font croissant, qu'il s'agisse de doter les nouvelles structures de soins des effectifs nécessaires, ou de répondre aux exigences de la réduction du temps de travail.

A titre indicatif, sur le principal établissement de santé du département : l'effectif total rémunéré en décembre 2001 non compris le personnel non médical de remplacement et les internes s'élève en personnes physiques à **1139** agents. Une **centaine** de poste d'infirmiers est à pourvoir.

En personnes physiques, les effectifs de personnel non médical ont progressé de + **7,45 %** entre décembre 2000 et 2001.²⁶

Compte tenu des recrutements permanents et du turn over, le suivi des dossiers du personnel contractuel s'avère problématique, il a comme corollaire observé un retard de signature des contrats initiaux ou de renouvellement, aggravant le sentiment d'insécurité du nouvel arrivant.

²⁴ Savall H – Zardet V. « maîtriser les coûts cachés » Editions economica, Paris, 1987.

²⁵ Source bilan social du centre hospitalier de Cayenne. 2001

²⁶ source bilan social 2001 du centre Hospitalier de Cayenne.

Nous sommes interpellés par le constat suivant : le contrat de travail , clef d'harmonisation entre un employeur et un salarié est devenu une pure formalité, perdant de ce fait une grande partie de son utilité.

Il semble en effet se réduire la plupart du temps à la rédaction d'un contrat- type uniformisé pour l'ensemble du personnel .Il n'est pas un réel support de dialogue et de gestion ,intégrant une négociation complète , transparente , et constructive dès l'embauche .

Combien, en effet, restent persuadés que contrat viendrait du latin : «*contractus* » ce qui suffirait à expliquer son caractère contraignant, sa rigidité inadaptée à une époque marquée par la vitesse de ses changements.

Plus que jamais, il convient de rappeler que contrat signifie «*CUM-TRAHERE* », c'est-à-dire : « tirer ensemble » cela nous paraît être une indication suffisante, pour inciter le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Soins, à mieux utiliser le contrat de travail, pour mieux associer l'agent recruté, à la réalisation des objectifs institutionnels.

En outre, malgré les relations soutenues entre les deux services, des informations échappent au bureau du personnel. La fréquence des changements d'affectation opérés à chaque fois que la nécessité de service l'exige est trop élevée. Certains mois nous avons totalisé plus d'une vingtaine de modifications d'affectation.

Dans un autre ordre d'idée, les pratiques empiriques en matière de fidélisation du personnel contractuel sur l'ensemble du département, nous invite à une réflexion éthique :

- Une temporalité décroissante du statut d'agent contractuel totalement hétérogène d'un établissement à un autre. (de un mois à quelques années)
- des affectations rapides qui répondent à une pression sans qu'il soit fait

référence aux outils du recrutement (profil de poste, processus d'intégration)

- Les efforts déployés pour attirer le personnel dans un établissement, comme d'importantes campagnes d'information, mais aussi des avantages (logement, billet d'avion, frais de déménagement) génèrent des dysfonctionnements dans un autre.

1.7.3 Les unités de soins :

Le Centre hospitalier de Cayenne entre le 1^{er} Janvier 97 et le 31 Décembre 99 à du procéder, pour pourvoir au remplacement d'agents ayant préféré rompre leur contrat ; au recrutement de **131 IDE** et il n'a pu conserver dans ses effectifs que 69 de ces agents soit **52 ; 67%**.²⁷

ETAT RECAPITULATIF DU PERSONNEL INFIRMIER CONTRACTUEL SUR TROIS ANNEES.				
ANNEES	97	98	99	TOTAL
NBRE DE REPLACEMENT	48	42	41	131
NOMBRE DE TITULARISATIONS CONSECUTIVES A UN REPLACEMENT	28	14	27	69

Pour assurer un fonctionnement à peu près normal et garantir la sécurité des malades un ajustement continuuel dans la répartition des effectifs est nécessaire .en **99 : 224 agents (I.D.E ET A.S)** ont changé d'affectation. Ces changements suscitent l'incompréhension et le mécontentement des agents et des médecins.

²⁷ Rapport sur le fonctionnement et la situation financière du centre hospitalier de Cayenne .Oct. 2000.(MGagneux – J Durand – M Covilette – G Renou.)

En 2000 l'établissement comptait **64** infirmiers contractuels, en 2001 L'effectif est de **105** ; ce qui, comparé à l'effectif des infirmiers titulaires : **348 en 2001** représente une part non négligeable (environ **un** infirmier **sur trois** est contractuel).

Nous avons constaté que le personnel titulaire a progressivement perdu la motivation dans l'exercice de ses fonctions de formation, d'encadrement. Le rythme des changements est devenu trop soutenu, les durées de séjour des agents assurant les remplacements sont jugées trop brèves, l'engagement « des nouveaux » est jugé insuffisant et les relations interprofessionnelles sont devenues conflictuelles.

C'est ainsi que nous avons observé un déficit de communication, d'attention envers les nouveaux arrivants, un manque d'encadrement (présentation de l'unité, de l'organisation du travail).

Un défaut de présentation des équipes soignantes, médicales, une absence d'entretien d'accueil avec l'encadrement de l'unité, donc d'écoute (leur expérience professionnelle, leur projet, les difficultés liées à leur prise de fonction)

1.7. 4 Les coûts cachés du recrutement

Tout échec d'une opération de recrutement peut se révéler désastreuse que ce soit en terme de climat social (plaintes de supérieurs hiérarchiques sur la qualité des nouvelles recrues, turn over) ou de coûts financiers comme en témoigne le recensement de P. Candau reproduit dans ce tableau.²⁸

²⁸ H Leteurtre. « Traité de gestion hospitalière » Berger- Levraut - Nancy 1998. Page 207.

COUTS FIXES	COUTS VARIABLES
• Service de recrutement • Locaux - amortissement du matériel • Livret d'accueil • Conférences écoles / universités.	• Analyse des postes • Honoraires des cabinets extérieurs • Publicité // Examen des candidatures • Frais postaux // accueil • Entretiens y compris de départ • Tests (graphologie) • Secrétariat // Tenue des dossiers. • Ecart de productivité du nouvel embauché/ productivité standard.

Ces principes trouvent confirmation auprès de H Savall et V Zardet : « le turn over est indicateur de coûts cachés. »²⁹

L'ensemble de ces éléments nous donne une indication sur l'importance que nous devons accorder à la diminution de la rotation du personnel.

1.7.5 Les hypothèses

Partant du principe qu'un turn over important, au sein d'un établissement traduit un manque de satisfaction des agents au sein d'une organisation, nous formulons

ces deux hypothèses :

- Le personnel infirmier contractuel quitte l'établissement car il ne trouve pas l'accomplissement, et la reconnaissance professionnelle correspondant à ses attentes.

²⁹ Savall H – Zardet V – « maîtriser les coûts et les performances cachés » Editions Economica, Paris ,1987. Page 11.

- Les Cadres de proximité semblent désireux d'apporter leur contribution à la réduction du turn over. En s'attachant à répondre à cette demande, le Directeur des soins initialise une politique qualitative du recrutement, de l'accueil et de l'intégration des nouveaux agents.

Ces hypothèses sont étayées par les facteurs de motivation selon **Herzberg** :

« Le travail doit offrir à l'individu des possibilités de sentiment d'accomplissement, et la personne doit recevoir de la reconnaissance ».

L'expérience semble montrer que plus que le thème traité, c'est la mise en route d'une démarche d'explication et de traitement des problèmes qui est appréciée.

L'expression de leur ressenti, telle que celle-ci peut être formulée par les agents est en effet, sinon la preuve du moins le symptôme d'un malaise, et permet de disposer d'un point de départ facile.

DEUXIEME PARTIE : LA REALITE DU TERRAIN

Synthèse de la première partie

Nous avons établi qu'il y avait une pénurie mondiale d'infirmiers et que celle-ci avait comme corollaire des difficultés de recrutement qui semblent s'installer **durablement**.

Toutefois, certains établissements de santé échappent au phénomène, ce qui nous a amené à évoquer le caractère **attractif** d'une structure de santé.

Nos sensibilisations permanentes, que celles-ci soient personnelles, professionnelles ou bien encore liées à la spécificité de notre département d'affectation : la **GUYANE** ont fortement contribué au choix du sujet.

Le cadre conceptuel a été posé il précise les notions clés : le recrutement, l'accueil, l'intégration. Il définit également les rôles professionnels du Directeur des soins et de l'encadrement soignant.

La présentation de la problématique (le turn over important du personnel infirmier contractuel recruté à l'extérieur du département) nous a conduit à évoquer ses multiples facettes : humaines, éthiques, organisationnelles, et économiques.

Face à ces difficultés, les pratiques en matière de ressources humaines d'un établissement se révèlent déterminantes pour améliorer leur attractivité.

2.1 Méthodologie :

Au regard de notre expérience professionnelle, et de notre affectation au Centre Hospitalier de Cayenne ; même si l'éloignement constitue une difficulté certaine qu'il n'a pas toujours été aisé de gérer, nous avons tenu à ce choix de terrain : la Guyane. Outre notre objectif professionnel, nous avons voulu prendre en considération le souhait de tous les acteurs : réfléchir aux conditions d'une diminution du turn over.

La spécificité du terrain observé appelle, une présentation succincte des deux hôpitaux. Ce que nous nous attacherons à faire dans un premier temps, puis nous indiquerons brièvement dans un second temps leur politique de recrutement.

L'établissement A : est un centre hospitalier de 528 lits et places, éclaté en quatre sites.

- **Un site** regroupe les spécialités médicales, chirurgicales, obstétricales, pédiatriques, une fédération des soins d'urgence et d'anesthésie et un pôle d'hémodialyse.
- **Le deuxième** est un établissement pour personnes âgées dépendantes.
- **le troisième** un secteur intra et extra hospitalier, dévolu à la psychiatrie.
- **le quatrième**, des Centres et des postes de santé disséminés sur l'ensemble du département.

Ces structures de proximité ont vocation à assurer : les consultations médicales, les soins infirmiers, la délivrance des médicaments, la prise en charge de l'urgence.³⁰ Ils constituent un maillon essentiel du programme sanitaire en Guyane, répondant aux besoins dans des régions enclavées, où les conditions libérales d'exercice de la médecine sont absentes ou restreintes.

³⁰ Extrait du projet médical des centres de santé. Dec 2000.

Dans cette structure, l'arrivée d'un nouveau Directeur des Ressources humaines et l'engagement de l'équipe des Cadres Santé, désireux de participer à l'objet de cette étude, sont des atouts non négligeables pour la réalisation de l'enquête.

L'établissement B : est un hôpital local de **84** lits de médecine, chirurgie, obstétrique et pédiatrie, un secteur de personnes âgées de **50** lits, et un service d'urgences (**20 à 30** passages par jour)

Sur cet établissement, l'arrivée d'un Directeur des Soins partageant mes postulats de départ, et l'engagement de l'équipe de Direction d'autre part, dans l'initialisation et la formalisation d'une politique de recrutement me semblent constituer, un autre terrain d'observation intéressant.

Pour trouver les réponses sur les manières les plus adéquates à adopter en vue d'attirer, motiver et conserver le personnel infirmier, il nous semble opportun de donner la parole aux infirmiers, c'est pourquoi la méthodologie repose sur la réalisation d'entretiens et l'envoi de questionnaires sur les deux établissements publics de santé que compte le département.

Les questionnaires de **l'établissement A** : ont été envoyés aux Cadres Supérieurs de santé qui ont assuré la distribution, puis la collecte.

Dans l'établissement **B** : ils ont été envoyés au Directeur des Soins qui a confié le dispatching aux Cadres de santé.

2.2 Le terrain de l'enquête

2.2.1 Le centre hospitalier A

Il n'existe pas de réelle politique du recrutement, de l'accueil du personnel contractuel. Après que l'agent ait été reçu par le Directeur des Soins, l'accueil de celui-ci est confié à la secrétaire du Directeur de soins. Par la suite en fonction de la disponibilité de l'encadrement supérieur, des Cadres de proximité, ou bien encore du personnel du service d'affectation, le nouvel arrivant poursuit plus ou moins seul et avec plus ou moins d'information « un parcours d'embauche ». Le processus d'intégration n'est pas formalisé.

Afin d'améliorer les conditions d'accueil des nouveaux infirmiers, deux studios dans l'enceinte de l'hôpital sont mis à disposition sur une quinzaine de jours, toutefois, la demande est supérieure à l'offre.

Pour tenter de fidéliser le personnel infirmier, la durée de mise en stage passe à **90 jours cette année**. Celle-ci était de **1324 jours** en **2001**.³¹

2.2.2 Le centre hospitalier B

Un Directeur des Soins a été recruté en fin d'année 2001. Depuis cette date l'établissement s'est engagé dans une politique qualitative du recrutement. L'accueil fait l'objet d'un protocole, (nature et contenu de l'information à fournir aux arrivants, modalités de la prise de poste, personnes référents. livret d'accueil)

Quatre cadres de proximité réalisent des entretiens de recrutement ; ils font partie d'un comité de recrutement. Ce comité composé du Directeur des ressources humaines, du Directeur des soins et des cadres a vocation à étudier les problèmes rencontrés, à poursuivre l'élaboration des outils de travail, à évaluer les actions entreprises.

2.3 LA POPULATION CIBLEE

2.3.1 Le personnel infirmier contractuel

La démarche entreprise s'est traduite concrètement par la réalisation de questionnaires.³² Nous avons choisi de formuler le questionnement sur un mode très ouvert, car l'objectif était de recueillir un maximum d'information, sur le vécu du personnel contractuel. Les questionnaires ont été envoyés sur **la totalité** des sites de chaque structure.

Nous avons limité l'étude à la population des infirmiers contractuels arrivés en cours d'année dans le département, pour plus d'aisance et pour concentrer l'enquête. Néanmoins nous ne sommes pas sans ignorer qu'une réflexion et la mise en place

³¹ Source : bilan social du centre hospitalier de Cayenne de 2001.

³² Voir la présentation des questionnaires en annexes.

d'une politique d'accueil et d'intégration ne peut se limiter à la catégorie professionnelle où le besoin se fait le plus urgent.

2.3.2 Les managers hospitaliers

Celle ci est composée des principales personnes assurant l'encadrement, le recrutement, l'accueil, et l'intégration des agents contractuels. Il s'agit :

- De deux Directeurs de ressources humaines.
- De deux Directeurs des Soins.
- Des Cadres supérieurs de Santé et de proximité.

Nous avons été contrainte de limiter les entretiens téléphoniques aux Directeurs des Soins et des ressources humaines.

2.3.3 Le personnel médical.

Le choix d'enquêter auprès du personnel médical répond à trois objectifs :

- Sur le plan stratégique : faire savoir au personnel médical que le problème du turn over retient toute notre attention avant notre prise de poste.
- Etre en adéquation avec le type de relation de travail que nous souhaitons ; c'est-à-dire une collaboration durable.
- Objectiver le ressenti des médecins sur ce sujet, et leur degré éventuel d'engagement.

2.3.4 Tableau récapitulatif des questionnaires

Ce tableau présente le nombre de questionnaires **reçus et exploités** sur chaque site, pour chacune des catégories professionnelles.

POPULATION	ETABLISSEMENT A	ETABLISSEMENT B
INFIRMIERS	29	12
CADRE DE SANTE	15	5
MEDECINS	12	3
TOTAL	56	21

2.4 EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE INFIRMIER³³

Question N°1 : *quelles sont les raisons qui vous ont incité à venir travailler en Guyane. ?*

Lors de l'exploitation de cette question nous avons identifié **3** catégories de réponses. Les raisons liées au **pays**, les raisons **professionnelles** et **personnelles**. Plusieurs réponses étant possibles, nous avons dénombré un total de **102 items** dans le site **A** et **23** sur le site **B**.

Les raisons liées au pays : représentent **64 %** des items cités en particulier (la découverte du pays, la douceur du climat, sa population pluriethnique) pour le site **A**. Pour ces mêmes raisons, elles représentent **52 %** sur le site **B**.

Les raisons personnelles : **21 %** sur le site **A** et **30 %** sur le site **B**. Elles peuvent être synthétisées en 2 grands chapitres. **Le premier** : un souhait de **découvrir ou de revenir en Guyane**, suite à un **premier contact, la présence d'amis ou de parents**, ou les **effets du bouche à oreille**. **Le deuxième** concerne directement **les propositions de recrutement** : « *on m'a proposé le poste que je voulais, on a répondu rapidement à ma candidature.* »

Les raisons professionnelles : elles représentent respectivement **15 %** des items sur le site **A** et **18 %** sur le site **B**. Ce qui les classent au dernier rang. Elles englobent la spécificité sanitaire « *je souhaite me former aux pathologies tropicales, je veux travailler dans un centre de santé ; je veux vivre une expérience professionnelle différente.* » À noter que la réalisation d'un stage optionnel en Guyane a été à l'origine d'une volonté de retour pour un exercice professionnel, pour deux agents du site **B** et un du site **A**.

³³

Les tableaux d'exploitation des questionnaires sont en annexes.

Question n°2 : Votre connaissance du département était elle suffisante pour faciliter votre installation ?

LE CONSTAT : dans les deux établissements les connaissances initiales sont jugées **insuffisantes ou absentes** dans environ **66 %** des cas. Dans **33 %** les connaissances sont jugées **suffisantes** ; cependant l'aide de parents, d'amis ou de collègues est mise en évidence car les **recherches documentaires ne constituent pas un apport suffisant**.

Question N°3 : le département répond il à vos attentes professionnelles et personnelles ?

Les attentes professionnelles

Nous observons que le département a répondu aux attentes professionnelles dans **55 % des cas**, dans l'établissement **A**. Pour l'établissement **B** ces attentes sont satisfaites à hauteur **de 75 %**. Les éléments qui constituent l'attractivité sont les suivants :

- **l'enrichissement professionnel** « *j'ai trouvé dans le travail plus de responsabilité et de satisfaction, le type de structure dans laquelle je travaille n'existe pas en France, j'ai découvert les pathologies nouvelles, je réalise un vieux rêve travailler en bloc opératoire..* »
- **la possibilité de réaliser son projet professionnel.**

A l'opposé les éléments qui altèrent l'attractivité :

- o **qualité du suivi administratif** : « *je déplore le manque de suivi des contrats, je n'ai toujours pas signé de contrat, je n'ai pas d'information sur la date effective de ma mise en stage* ».

- o la **pénurie de personnel** au sein des unités.
- o du sentiment **d'absence de reconnaissance, d'appartenance** : « *je ne peux pas m'intégrer je change tous les 15 jours, les contractuels sont des bouche trou, nous sommes toujours servis après les titulaires ; on ne me dit jamais ce que l'on pense de mon travail.* »
- o En dernier lieu **la difficulté de communication** avec certaines ethnies a été mise en évidence.

Le problème de la reconnaissance doit être tout particulièrement signalé car il est un élément clé de la motivation de l'homme au travail. Pour C Déjours : « *la reconnaissance de la qualité du travail, voire de sa contribution à la gestion et à l'évolution de l'organisation du travail est absolument essentielle.* »³⁴

Les attentes personnelles

Elles sont satisfaites à hauteur de **72 %** dans l'établissement **A** et **83 %** sur L'établissement B.

. « *Je trouve le pays intéressant, la population est chaleureuse, le climat me convient, j'aime la population cosmopolite* ».

D'autres éléments concernent la **qualité de l'accueil**, le **rapprochement familial**.

Question n°4 : *Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre arrivée ?*

Nous avons recensé **52 items** pour le site **A** et **16** pour le site **B**.

L'analyse montre que les difficultés liées à l'exercice **professionnel** sont proportionnellement les plus importantes **69 %** sur le site **A** et **56 %** sur le site **B**.

³⁴ C .Déjours : « le facteur humain » collection que sais je. PUF. Fev 1999. Page 61.

Les difficultés liées à l'exercice professionnel :

1. **des problèmes d'accueil, d'intégration** : « Je devais être encadré à ma prise de poste mais faute d'effectif je ne l'ai pas été, je n'ai pas eu d'information sur le fonctionnement de l'hôpital, en un mois j'ai changé trois fois de service, c'est dur de s'intégrer, il n'y a pas de formation spécifique, je ne connais pas les cultures locales, le rapport à la douleur est différent...les rapports sont difficiles avec les titulaires »
2. **des difficultés organisationnelles des services**, le problème d'insuffisance de personnel est récurrent dans les propos.

Les difficultés liées au département

Elles viennent en deuxième position, elles représentent **19 %** des items du questionnaire dans l'hôpital **A** et **37 %** dans l'hôpital **B**. Le problème du logement occupe une place prépondérante, qu'il s'agisse du coût jugé élevé de celui-ci, et des difficultés de la recherche.

Les difficultés personnelles

Elles occupent la dernière position, **12 %** des items sur le site A et **7 %** .celles ci sont justifiées par :

- l'éloignement de la famille.
- des préoccupations administratives au sujet du contrat de travail.
- des tracasseries d'ordre financier : « lors de ma prise de fonction le 25 du mois on ne m'a pas prévenue que je ne serai pas payée à la fin du mois ! je ne savais pas que les chèques hors place n'étaient pas acceptés ! »

Question N°5 : *Que pensez vous de votre statut d'agent contractuel ?*

Le statut d'agent contractuel fait l'objet d'une appréciation négative pour **69 %** sur le site A et **41 %** sur le site B.

Deux principes les plus cités dans les causes de l'insatisfaction des agents sont **l'iniquité** d'une part, et d'autre part le vécu d'une **situation jugée précaire, ambiguë**, qui ne doit pas **durer dans le temps**. Une deuxième fois le **besoin de reconnaissance** est mis en relief.

Cependant il nous faut aussi prendre en compte le fait que ce statut répond à un **besoin** pour certains contractuels désireux de **conserver une certaine liberté** d'aller et de venir .Ce qui est encore plus marqué dans l'établissement **B**.

Question n°6 : *Comment avez-vous vécu votre prise de fonction ? Et pourquoi ?*

Seuls 25 questionnaires ont pu être exploités pour l'établissement A.
Dans **76 %** des cas la prise de fonction a été difficile. Les raisons évoquées sont par ordre d'importance : **le manque d'encadrement**, le **déficit en personnel** dans les services, **l'absence d'accueil ; le manque d'information**.

Elle s'est avérée proportionnellement moins difficile dans l'établissement **B** dans **58 %** des cas pour les raisons identiques.

Cependant les agents ont relié l'absence d'encadrement au déficit en personnel, plutôt qu'à une absence de volonté.

Question n°7, 8 : Quels sont les facteurs susceptibles de fidéliser le personnel contractuel dans le département.

Par ordre d'importance nous avons dénombré trois catégories de facteurs :
(La dynamique relationnelle, les conditions de travail, les facteurs personnels)

- Les facteurs liés à la dynamique institutionnelle.

Un total de **87** citations dans l'hôpital **A**. Le personnel verbalise des **besoins** en terme de :

1. **qualité de l'accueil, d'écoute, d'information.**
2. **d'équité** par rapport au personnel titulaire.
3. **participation aux projets institutionnels.**
4. **d'accès à la formation.**
5. une mise en **stage rapide** est également soulignée.

Dans l'hôpital **B** : les mêmes arguments sont avancés pour un total de **20** citations.

En outre , **le besoin d'équité est fortement mis en évidence** ; d'une part vis-à-vis des titulaires, mais également entre infirmières contractuelles.(il est fait mention de divers avantages : billet d'avion ,logement qui ne sont pas proposés à tous.)

Ce besoin d'équité trouve une légitimité dans le concept de la justice organisationnelle de Greenberg et MC Carty.

Les procédures où celui-ci participe à la prise de décision ; où il bénéficie d'une information ; et où il peut se justifier, donner une opinion ou faire des réclamations influenceraient positivement l'équité. Un autre aspect des procédures qui

influencerait l'équité est la façon dont elles sont mises en œuvre. L'arbitraire, la cohérence, la morale et l'éthique dans l'application des procédures sont considérés comme des déterminants de sentiment d'équité. »

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Les facteurs liés aux conditions de travail : |
|---|

72 citations dans l'hôpital A et 13 dans l'hôpital B.

- La prise en compte du projet professionnel et le respect des choix d'affectation.
- L'amélioration des conditions de travail par la diminution des changements d'affectation permanents.
- Le règlement du problème du sous effectif chronique dans les unités de soins.
- La qualité de l'organisation des services, des soins, de l'ambiance de travail : (Quelques **difficultés relationnelles avec les titulaires sont signalées**).
- La mise en œuvre de perspectives de développement professionnel.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Les facteurs personnels : |
|---|

L'exploitation des questionnaires n'a fait apparaître que des éléments en faveur des départs anticipés :

- **Des problèmes familiaux, une offre de contrat plus intéressant sur le plan des responsabilités et de la rémunération, Le désir de découvrir les autres D.O.M.**

Question n°9 : Quels sont les éléments qui faciliteraient l'intégration du personnel contractuel à l'hôpital ?

Nous constatons :

- l'importance accordée à la possibilité **de choisir** son secteur d'affectation pour le personnel contractuel de **l'hôpital A**.
- la verbalisation d'un **besoin de stabilité** (réduire les changements d'affectation).
- une demande de **structuration du processus d'intégration** à la fois au **service**, à **l'établissement** pour l'hôpital **A**.
- Un sentiment **d'iniquité** de traitement par rapport au personnel titulaire.

La prise en compte de ce vécu s'avère capitale .ce qui se vérifie dans la théorie de l'équité (Greenberg et MC Carty) :

« Dans son milieu de travail l'individu observe son environnement pour savoir s'il est traité avec équité dans son entreprise. Si l'individu, à l'issue de cette comparaison est insatisfait de sa situation, l'iniquité qu'il perçoit crée chez lui une tension qu'il va chercher à réduire. »» Cette tension le conduit le conduit à réagir, à se mettre en mouvement, à déployer les efforts nécessaires pour réduire le sentiment d'iniquité qui l'anime.

Et enfin le problème du logement qui se montre plus important dans l'hôpital B que nous devons inclure dans notre réflexion. La demande de prise en charge du billet d'avion est précisée également.

2.4.1 SYNTHÈSE

Le **choix** de venir travailler en Guyane repose à ce jour, sur une volonté de découvrir une région nouvelle, qui offre des perspectives attrayantes en matière de climat et de diversité culturelle.

Les connaissances initiales sur le département des candidats au recrutement sont **insuffisantes**. Le manque d'information engendre une source de stress et des difficultés d'installation.

Néanmoins le **tissu sanitaire et la spécificité des pathologies** constituent **un attrait** pour le personnel infirmier soucieux d'enrichir leur expérience professionnelle. L'attractivité des structures de soins demande à être promue par le biais de l'information.

Le statut d'agent contractuel fait l'objet d'une appréciation négative globalement. Toutefois, il correspond à un choix délibéré pour une certaine catégorie d'infirmiers. Il serait intéressant d'analyser plus finement les raisons qui amènent à cette option ultérieurement.

Les éléments en mesure de favoriser une réduction du turn over sont de type managérial :

- La définition d'une politique de recrutement, qui soit lisible pour tous les acteurs, et qui engloberait la formalisation des procédures d'accueil et d'intégration des agents.
- L'émergence de valeurs fortes ou de principes de fonctionnement : l'équité de traitement des contractuels ,le respect des engagements pris, une volonté de communication ,la prise en considération des projets professionnels , et des aspirations des candidats.
- Mais aussi la proposition d'une réflexion :
 - Sur l'amélioration des conditions de travail (développer les outils du travail infirmier)

- Sur les dysfonctionnements générés par la pénurie de personnel.
- Sur l'aide de l'établissement, en vue de faciliter l'arrivée dans le département (en matière de logement notamment).

2.5 EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DES CADRES DE SANTE ET CADRES SUPERIEURS DE SANTE. ³⁵

(15 questionnaires sur l'hôpital A et 5 sur l'hôpital B)

Nous avons choisi d'exploiter ces questionnaires sans différencier le Cadre de santé et le Cadre Supérieur de santé, car un seul Cadre Supérieur est présent sur le site A au moment de la réception des questionnaires, sur le site B il n'y a pas de Cadre Supérieur.

Question n°1 : *Pensez vous qu'il y ait une rotation rapide du personnel infirmier ?*

Les Cadres confirment le turn over (14 réponses positives et 5 pour l'hôpital B) 6 Cadres de l'hôpital A et 2 de l'hôpital B précisent que le turn over ne se manifeste pas dans leur service, mais qu'il existe sur l'établissement.

Certains Cadres ayant précisé leur secteur d'affectation sur le questionnaire ,nous avons observé que sur les 6 services concernés de l'hôpital A , semblant **échapper au turn over**, cinq services sont **spécialisés** (néonatalogie, bloc opératoire, urgences) les deux autres appartiennent au secteur psychiatrique.

La même observation se reproduit sur l'hôpital B (la maternité et le bloc opératoire) Certaines raisons ont été avancées : services recherchés par les candidats, une ambiance de travail agréable, une procédure d'accueil,) Cependant cette question sera approfondie ultérieurement pour en tirer les enseignements.

³⁵ Les questionnaires et l'exploitation des résultats (tableaux) sont présentés en annexes.

Question n°2 : Quelles sont les raisons du turn over ?

Nombre de questionnaires exploités : 12 dans l'hôpital A et 5 dans l'hôpital B. Deux catégories de raisons sont mises en évidence :

Les raisons liées à l'établissement

- l'absence de processus d'intégration et d'accueil institutionnels.
- Les changements trop fréquents d'affectation.
- La gestion des contrats de travail et le manque d'information administrative.
- Pénurie de personnel infirmier.

Les raisons liées aux contractuels et au département :

- Leur insatisfaction concernant leur affectation et leur condition de travail.
- La volonté de certains d'entre eux de voyager.
- Le coût de l'hébergement.

Question n°3 : Quelles sont les raisons des difficultés d'intégration ?

Pour **12** Cadres dans l'hôpital **A** et les **5** Cadres de l'hôpital **B** il existe réellement des difficultés d'intégration qui sont légitimées par :

- Un niveau d'information insuffisant sur le pays à l'arrivée et des difficultés à s'intégrer dans un contexte de vie totalement différent.
- Un sentiment d'isolement.
- Un rythme de travail très soutenu.
- L'absence d'investissement de l'établissement dans un projet d'accueil et d'intégration des nouveaux venus
- L'absence de projet ou une animation insuffisante ou absente de la commission du service des Soins Infirmiers.

Questions n°4 et 5 : les Cadres de santé ont-ils un rôle à jouer vis-à-vis du recrutement des infirmiers. ? Et comment ?

13 Cadres de l'hôpital **A** et les **5** Cadres de l'hôpital **B** en sont convaincus et l'indiquent **avec force** :

« *C'est indispensable, bien sûr, fortement, très important, c'est essentiel.* »

Par ailleurs les Cadres font état d'une conception très précise de leur rôle à la fois au sein de leur unité et sur l'établissement. En terme d'élaboration d'outils de travail, d'accueil, d'information, d'évaluation, d'écoute, d'intégration du projet professionnel. Au niveau institutionnel, ils souhaitent être associés à la politique de recrutement.

Question n°6 : Quels sont les éléments susceptibles de favoriser la diminution du turn over du personnel infirmier contractuel au sein de votre établissement ?

La nature des réponses est identique aux réponses formulées par les infirmiers contractuels. Deux grandes idées semblent se dégager. L'une concerne la **formalisation** d'une politique d'accueil et d'intégration du personnel contractuel même **d'intéressement** ; et l'autre **l'amélioration** des conditions de travail des contractuels. Concernant ce dernier point les Cadres :

- Pointent la nécessité d'analyser l'absentéisme du personnel titulaire, d'offrir un planning de travail plus équitable aux contractuels (pas de bouche trou) et proposent la création d'un pool de remplacement.
- Proposent de réduire autant que faire se peut la période du contrat pour une mise en stage au plus tard six mois après la première signature de contrat.

2.5.1 SYNTHÈSE :

Les Cadres **confirment** le principe du turn over sur leur établissement ; certains services **échappent** au phénomène en particulier les unités spécialisées.

Ce qui pose le problème de l'attractivité propre aux unités de soins. Faisant référence aux stages effectués durant notre formation, nous avons évoqué la dynamique des projets de service et institutionnels qui suscitent l'intérêt professionnel des agents.

Certaines indications sur le fonctionnement de ces services font état du **rôle du Cadre** et de **son implication** qui auraient un effet positif sur la fidélisation du personnel. Ce qui rejoint la conception du rôle de l'encadrement que nous avons précédemment défendue.

En synthèse, la perception du turn over par l'encadrement et les propositions ne diffèrent pas de celles effectuées par le personnel infirmier interrogé. Dans leur majeure partie, les Cadres ayant participé au questionnaire, se montrent très **concernés** par ce problème de turn over .Ils font état d'une réflexion avancée et semblent **désireux de jouer un rôle** dans le processus de recrutement et d'intégration.

2.6 EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE MEDICAL ³⁶

(12 QUESTIONNAIRES SUR LE SITE A ET 5 SUR LE SITE B)

Question n°1 : Avez-vous eu connaissance de la politique de recrutement du personnel infirmier de votre établissement ?

Commentaire : la quasi -totalité des médecins à hauteur de **80 %** sur les deux sites disent ne pas avoir connaissance de la politique. » *Cela n'a pas encore été pensé à ma connaissance, il s'agit d'un domaine réservé, »*

Question n°2 : Pensez vous que le personnel infirmier recruté à l'extérieur du département ait des difficultés d'intégration ?

Commentaire : dans **75 %** sur le site **A** et **80 %** sur le site **B** les médecins **confirment** les difficultés d'intégration du personnel contractuel.

Dans **25 %** sur le site **A** et **20 %** sur le site **B** ils **affirment qu'il n'y a pas de difficultés** : « *pas dans mon service ; non le Cadre veille à la qualité de l'accueil; non, car ils ont l'occasion de vivre une expérience très enrichissante. »*

Leur propos rejoint celui exprimé par les Cadres de Santé vis-à-vis du turn over. d'une part certains services échappent au phénomène, d'autre part des organisations mises en place par l'encadrement semblent avoir un effet positif sur le turn over, notamment les procédures d'accueil .

³⁶

Les questionnaires et l'exploitation des résultats (tableaux) sont en annexe.

Question n°3 : Le cas échéant quelles en sont les raisons ?

Nous avons dénombré deux catégories de facteurs : Les facteurs liés aux conditions de travail et d'emploi (**22** items sur le site **A**) **aucun item** pour le site **B**.³⁷

Les facteurs personnels (**2** items sur le site **A**) et **5** sur le site **B**. Plusieurs réponses ont été faites par médecins du site **A**.³⁸

Question n° 4 : Quels sont les éléments en mesure de favoriser la stabilisation du personnel contractuel ?

- Les réponses sont en tout point similaires à celles formulées par les infirmiers et l'encadrement pour les deux sites.

Elles englobent la nécessité de **repenser le management** des contractuels (politique connue du recrutement, formalisation d'un processus d'accueil et d'intégration, la promotion de la communication institutionnelle, la garantie de meilleures conditions de travail).

Concernant ce dernier point il est fait état de la nécessité de **respecter** les engagements de départ, de **réduire** les changements d'affectation, et de **tenir**

³⁷ Voir tableau d'exploitation des questionnaires en annexe.

³⁸ Voir tableau d'exploitation des questionnaires en annexe.

compte des choix de service, et de permettre au personnel contractuel **de se former**.

- Le problème **du logement** est également évoqué, il est demandé une recherche de solution.

Question n° 5 : Comment envisagez vous la participation des médecins dans une politique de recrutement du personnel infirmier ?

La quasi totalité des médecins sur le site A souhaitent ou envisagent d'apporter leur contribution.

- La manière la plus fréquemment citée est la **constitution de groupes de travail ou d'un comité de recrutement** pour débattre du problème et être informés. **8 Médecins** soit **66 %** d'entre eux.
- Le deuxième moyen est la participation à l'entretien de recrutement et la formulation d'un avis. **3 Médecins** soit **25 %**
- 1 Médecin n'émet pas d'avis. : *« je ne sais pas c'est la première fois que l'on nous demande notre avis. »*

Sur le site B le positionnement des médecins est à l'extrême opposé : *« je ne pense pas que ce soit notre rôle, ce n'est pas notre travail, »*

Nous pensons que la proposition de participation des médecins du site A tient à leur vécu du turn over. Comme nous l'avions indiqué, pour l'ensemble du personnel le phénomène n'est plus supportable. A travers leur participation, les médecins manifestent un besoin d'information et de résolution.

Sur le site B, le Directeur des soins nous a confirmé les difficultés d'implication des médecins dans les projets institutionnels.

Question n° 6 : Seriez vous disposé à apporter votre contribution ?
--

Sur un total de **12** médecins **10** ont répondu **oui** sur le site **A** « *Tout à fait d'accord le problème est crucial dans mon service, problème important*)

Un médecin a répondu par la négative, un autre n'a pas répondu à la question.

Sur le site **B** : aucun médecin n'a répondu à la question.

L'acuité du problème est perceptible dans les propos des médecins et légitime nos affirmations de départ, le turn over est unanimement mal vécu sur les deux structures. Par ailleurs les médecins semblent **désireux d'information** et de participation sur le site A. Ce qu'il nous faudra mettre à profit.

Sur le site B, les médecins n'ont pas répondu à cette question, mais ils avaient indiqué précédemment que cela ne relevait pas de leur rôle. Ce qui peut être variablement interprété. Néanmoins l'élaboration d'une politique de recrutement initiée par le nouveau Directeur des soins, peut témoigner d'un niveau d'information suffisant du corps médical, et d'une confiance dans les projets en cours.

2.7 EXPLOITATION DES ENTRETIENS REALISES AUPRES DES DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

La perception du turn over :

Les deux Directeurs des Ressources Humaines sont préoccupés par le phénomène au sein de leur structure respective. Le personnel contractuel est jugé trop nombreux. Des mesures correctives ont été engagées dès leur arrivée dans le département : mise en stage ou titularisation des contractuels sur les postes vacants((50 titularisations début 2002 pour le site A) . Réorganisation du travail au bureau du personnel visant à un meilleur suivi des contrats ; augmentation de la durée des contrats initiaux pour ne citer que les plus importants.

Les raisons du turn over :

Les D.R.H pensent que l'absence d'accueil institutionnalisé nuit lourdement à l'établissement. La prise de fonction est mal vécue, les agents se sentent en insécurité pour bien des raisons. Tout d'abord : l'insuffisance d'information est soulignée, qu'il s'agisse des contrats de travail, ou du fonctionnement de l'établissement. Mais également des raisons personnelles : comme trouver rapidement un logement, se familiariser avec un nouvel environnement (alors que ceux-ci ont déjà commencer à travailler). Des raisons professionnelles : le personnel verbalise le manque d'accompagnement à la prise de fonction ; les processus d'intégration ne sont pas formalisés et les évaluations sont à la fois irrégulières et hétérogènes.

Les projets à moyen et long terme :

L'élaboration du projet social a concerné la gestion du personnel au sein de chacun des établissements, en particulier les contractuels. Des pistes de réflexion et des propositions concrètes ont été formulées. Il s'agit de mesures diverses dont la structuration de l'accueil (journée et livret d'accueil, suivi qualité) la volonté d'initier une politique de gestion du personnel contractuel, en particulier : une mise en stage rapide, claire, et transparente. Et des mesures d'attractivité (pool de logements destinés aux nouveaux arrivants, prise en charge du billet d'avion).

2.8 EXPLOITATION DES ENTRETIENS EFFECTUES AUPRES DES DIRECTEURS DES SOINS.³⁹

- **Les problèmes liés à la gestion du personnel contractuel**

Les deux Directeurs des soins s'accordent pour dire que la principale difficulté tient aux **caractéristiques** du personnel infirmier contractuel :

« Un personnel jeune ,la plupart du temps célibataire et sans enfant .Le département constitue souvent leur première expérience,un personnel qui n'accepte pas les contraintes de l'hôpital. »

³⁹ Voir en annexe le guide d'entretien.

Ce dernier argument, retient toute notre attention .Il nous incite fortement à revenir sur l'idée de la liberté émise par certains infirmiers contractuels. Il nous faudra creuser cette piste de réflexion : ce souhait verbalisé de liberté, cache t-il un refus des contraintes professionnelles ; une appréhension liée à la prise de poste ; ou bien encore masque t-il une aspiration à une plus forte marge d'autonomie ?

- **Des difficultés d'intégration que les Directeurs des soins confirment**

L'origine est identifiée par un déficit de connaissances (sur la structure, la politique sanitaire, la vie sociale, culturelle, économique) Mais aussi par des modalités de recrutement qui semblent inadaptées .Les candidats reçoivent une promesse d'embauche à partir de l'analyse de leur curriculum vitae et un entretien téléphonique. Rendant par conséquent l'accueil, l'évaluation, et le processus d'intégration encore plus essentiels.

- **La nécessité d'impliquer l'encadrement.**

Sur un site le Directeur est favorable, l'implication commencerait par l'initialisation et la formalisation des politiques institutionnelles, dans un deuxième temps l'élaboration des outils de travail, et la participation des Cadres aux entretiens de recrutement.

Sur l'autre site le Directeur des soins n'est pas favorable à la mesure et propose une aide plus substantielle de l'hôpital aux problèmes d'hébergement, de transport, et une mise en stage rapide.

- **Les facteurs susceptibles de réduire le turn over du personnel contractuel.**

Deux types de mesures sont préconisés.

En interne : l'accent est mise sur l'initialisation d'une véritable politique de gestion des ressources humaines élaborée en concertation avec les partenaires administratifs ,médicaux , et soignants avec un projet social fort et volontaire.

En externe : une réflexion consensuelle des différentes structures du département, associant les responsables politiques pour favoriser de meilleures conditions d'intégration (aide aux formalités administratives, aide au logement)

2.9 Conclusion

Les questionnaires ont mis en relief les difficultés d'intégration des infirmiers contractuels, en lien avec la spécificité du pays et l'absence, à la fois d'une politique formalisée de recrutement ; et des procédures d'accueil et d'intégration.

Privilégiant leur épanouissement personnel et professionnel, le personnel infirmier contractuel quitte le département en réaction à une vie professionnelle qui ne répond pas à leurs attentes.

Les acteurs ayant participé à cette enquête ont clairement manifesté leur volonté de s'impliquer dans une lutte contre le turn over ; en particulier les Cadres de proximité
Les hypothèses énoncées et rappelées au début du chapitre, peuvent donc être considérées comme validées.

III PARTIE : LES PROPOSITIONS

L'objectif de cette **dernière partie** est de tenter d'amener des propositions quant à la mise en place d'une politique de recrutement et d'intégration des nouveaux salariés. Mais également d'évoquer la stratégie de mise en œuvre d'une telle politique ,d'un tel projet devant impliquer l'ensemble des acteurs de l'institution.

3.1 LES DIFFERENTES ETAPES DU PROJET

Un projet qui consiste à mettre en place une politique d'intégration du personnel infirmier contractuel est un travail de longue haleine, qu'il faudra mener en action transversale avec les autres activités qui incombent au Directeur des soins.

3.1.1 Manager par la confiance

La motivation ne se développe que s'il existe un climat d'estime réciproque. Il faut susciter un climat de confiance respective. Celle-ci doit se substituer au doute et à la suspicion assez répandus dans les relations interprofessionnelles.

La confiance nous semble un préalable à la communication, à la délégation, à la responsabilisation et à la concertation. Elle nécessite une écoute et une certaine humilité pour établir des relations dans un climat de sécurité et de sérénité.

La mise en place d'une politique de communication (volonté affirmée, méthodes, choix des outils, évaluation) doit fournir à l'ensemble du personnel : médecins, soignants, représentants du personnel, les instances, administratifs, les informations qui lui sont utiles afin de pouvoir devenir acteur de changement sans se sentir menacé.

Manager par la confiance signifie que nous allons être vigilant à maintenir et améliorer cet état d'esprit dans nos relations au sein même de l'équipe de direction.

Dans un autre ordre d'idée, si la spécificité de la Direction des ressources humaines et la Direction des soins doivent être reconnues et respectées, il semble opportun d'établir un véritable travail en commun impliquant à la fois la définition d'objectifs partagés, et une organisation de travail stable et harmonieuse.

Mais la confiance passe aussi par la transparence. Dans l'objectif de fidéliser le personnel contractuel, la formalisation de la politique de recrutement de l'établissement nous semble un pré requis essentiel pour asseoir à la fois une confiance ,mettre en exergue nos valeurs ,et évaluer nos pratiques et organisations.

3.1.2 définir les objectifs poursuivis

Ensemble, les responsables des deux directions (les ressources humaines la direction des soins) doivent élaborer les objectifs poursuivis afin de parvenir à améliorer le processus de recrutement, d'accueil et d'intégration des infirmiers contractuels.

Nous sommes conscients que le dispositif, ne peut, et ne doit pas, exclusivement s'appliquer au personnel contractuel et infirmier .Nous l'envisageons dans un premier temps comme « une porte d'entrée » dont les principes généraux pourront ensuite être évalués, réajustés et appliqués aux autres fonctions.

La réflexion des objectifs poursuivis pourra prendre en compte les éléments suivants :

- La prévision à court, moyen, et long terme des moyens humains nécessaires pour l'établissement.
- La structuration du recrutement (politique, outils, organisations) avec un échéancier.
- L'élaboration d'un schéma d'accueil institutionnel des nouveaux agents.
- La définition du processus d'intégration des agents.
- Le positionnement des Cadres, en favorisant leur implication dans le recrutement, en développant leurs responsabilités.
- Les modalités de communication et d'association du personnel au projet.

Ces objectifs pourront à long terme favoriser une meilleure gestion et collaboration, ainsi qu'une certaine transparence et équité. Source de motivation et d'implication des équipes et par conséquent d'amélioration de la qualité des soins.

3.1.3 Mettre en place des éléments préalables à une gestion prévisionnelle des emplois et compétences

En amont du projet, des outils doivent être construits. L'initialisation de la gestion prévisionnelle relève du rôle du Directeur des ressources humaines d'abord dans un souci de cohérence institutionnelle et en raison des aspects financiers. Toutefois le Directeur des soins est un interlocuteur privilégié de part sa connaissance du personnel soignant et de l'organisation des soins aux patients.

Les objectifs auxquels nous souhaitons parvenir sont :

1. La mise en place d'outils de suivi de l'activité et du personnel, d'un échéancier, d'une évaluation et d'une communication sur la démarche : une gestion prévisionnelle des emplois (travail statistique sur les mouvements de personnel, pyramide de âges, bilan des besoins d'emploi)
2. La généralisation des entretiens annuels d'évaluation et l'harmonisation des procédures.
3. L'intégration de la mobilité dans une véritable politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La réflexion sur la mobilité est indispensable et doit déboucher sur des propositions innovantes dont certains principes pourraient être proposés : l'affichage systématique de tous les postes vacants, faire acte de candidature constitue un engagement)

Progressivement, le recours à des agents contractuels devrait s'amoinrir. Le recrutement de non titulaire pourra enfin être réservé, comme il doit l'être à des fonctions temporaires et spécifiques.

De nouvelles exigences de **mobilité**, de **formation**, naîtront de cette prévision raisonnée et ordonnée des besoins. L'anticipation permet par ailleurs, de ne pas acculer brusquement les personnels à des changements non préparés, et même d'engager en temps utile la négociation avec les représentants des personnels.

3.1.4 Le Directeur des soins et l'élaboration des outils de travail

Avant tout recrutement, il est indispensable au recruteur de connaître le profil de la fonction, du service et du poste. Le Directeur des soins participe au recrutement, il propose l'affectation du personnel soignant.

La diversité des structures et de leur mode de fonctionnement, du Centre Hospitalier de Cayenne en intra hospitalier et en extra hospitalier, la variété du travail dans les Centres de santé sont autant d'éléments en faveur de la création de ces profils.

Pour le Directeur des soins l'élaboration de ces outils sur la conception d'un cadre de référence commun à tout l'établissement, permet d'adapter l'agent aux besoins de l'établissement. Ils permettent également au recruté de se positionner par rapport aux missions de la fonction, d'appréhender le cadre professionnel et ses attentes.

Cette étape fondamentale représente un lourd travail de recherche, de concertation, d'analyse. Par le biais de groupe de travail représentant le personnel, et celui d'un comité de pilotage regroupant l'encadrement de l'ensemble des sites, l'aide de documents et de formations, le Directeur des soins pourra initier la création de ces outils (profil de poste , profil de service, carte d'identité des services...)

3.2 L'ORGANISATION DU RECRUTEMENT

De nombreuses réflexions doivent être menées en collaboration entre la Direction des ressources humaines et la Direction des soins, afin de concrétiser une organisation structurée du recrutement des infirmiers.

Il est essentiel de formaliser par écrit la politique de recrutement, car il devient possible tout en transmettant un savoir faire de :

- ❖ Vérifier que l'on réponde bien à la réglementation,
- ❖ De mettre à plat le processus,

- ❖ Lever les incertitudes du personnel,
- ❖ Faciliter l'intégration de nouveaux membres.

3.2.1 L'élaboration de la politique de recrutement

Une concertation et une collaboration étroite au sein de l'équipe de Direction et plus particulièrement avec le Directeur des ressources humaines doivent être un objectif recherché, elles sont destinées à fonder la cohérence, à prioriser le projet et à déterminer les moyens financiers. Une première phase de la construction de cette politique peut être engagée par la rédaction d'une charte de recrutement à l'usage des contractuels.⁴⁰

3.2.2 Les entretiens de recrutement

Compte tenu des 8000 Km qui séparent la France du département trois phases doivent être envisagées.

Un premier contact téléphonique avec le candidat après analyse du dossier qui lui a été demandé et qui comporte au minimum : les pièces d'identité, le curriculum vitae, les attestations et appréciations de travail, la lettre de motivation. Un compte rendu de l'entretien et un premier avis après l'analyse du dossier seront réalisés et conservés dans l'attente du deuxième entretien.

Le deuxième entretien : qui pourrait être réalisés par des Cadres supérieurs ou de proximité volontaires. Si une sélection de Cadres volontaires est possible pour initier la démarche, celle-ci doit être nécessairement complétée d'une formation.

La participation des Cadres à la réalisation des entretiens de recrutement répond à de multiples objectifs *Un objectif social* : satisfaire leurs aspirations, *un objectif pédagogique* : sensibiliser aux difficultés du recrutement, *un objectif qualité*.

⁴⁰ Voir en annexe une proposition de charte.

Il fournit une aide au Directeur des soins, qui seul au sein de cet établissement, ne peut assumer l'ensemble des entretiens, au détriment d'autres activités.

La participation des cadres pourrait trouver un prolongement dans la mise en place « d'un comité de recrutement » qui serait chargé de la mise en œuvre d'une démarche qualité du recrutement.

Dans la **dernière phase**, Le Directeur des soins reçoit le candidat avant sa prise de fonction, et propose l'affectation.

Ces opérations ne doivent pas se concevoir sans qu'un lien permanent soit établi avec le bureau des ressources humaines, sur la transmission des informations, le recueil des pièces administratives, les prises de rendez vous, les correspondances à rédiger, la rédaction et signature du contrat.

La réalisation d'entretien d'embauche conduit à partir de cette méthode a vocation à favoriser une concertation optimale des différents recruteurs, des choix éclairés et à respecter une procédure fiable et identique pour tous les candidats.

3.3 Le suivi

Trois éléments sont indispensables à la réalisation de ce projet.

1. L'élaboration d'un échéancier.
2. La définition des modalités d'évaluation.
3. Un plan de communication avec l'ensemble des acteurs.

Ce souci d'information et de concertation est favorablement reconnu par l'ensemble des partenaires, il constitue un pré requis afin d'obtenir un consensus et des relations de confiance.

3.4 L'ACCUEIL

L'accueil du personnel infirmier est une étape essentielle à réussir afin de susciter l'envie de séjourner durablement dans le département, de permettre d'acquérir les bases indispensables à l'exercice professionnel et enfin de sécuriser l'agent au moment de la prise de poste. Notre conception de l'accueil débute **bien avant l'arrivée** dans le département par l'envoi du livret d'accueil de l'établissement. Elle nécessite de **repenser** les délais actuels trop courts, entre l'arrivée dans le département et la prise de poste.

Notre objectif vise d'une part, à structurer le processus d'accueil sur les 48 premières heures d'arrivée dans le département, à obtenir la participation d'un maximum d'acteurs, un maillage de la chaîne de prise en charge, un taux d'exhaustivité correct d'information. D'autre part à mettre en place une démarche d'évaluation des actions entreprises afin de réajuster, et de mettre en application les suggestions du personnel. A cette fin l'élaboration d'un questionnaire d'enquête rempli une semaine à quinze jours après l'arrivée doit être envisagée.

Afin de parvenir à un bon niveau d'information, l'accueil doit être structuré à la fois à la Direction des ressources humaines et à la Direction des soins et à un niveau institutionnel.

Dans cet optique, il nous faut réfléchir sur l'organisation concrète de l'accueil, sur les supports que nous souhaitons promouvoir, sur la nature des informations à fournir en fonction du lieu d'affectation.

L'idée étant de créer « un événement » autour de l'accueil. Nous pensons qu'il que l'accueil institutionnel dont la juste périodicité reste à trouver, demeure indispensable. Celui ci pourrait être organisé à partir des éléments suivants :

- la connaissance de l'environnement de l'hôpital (histoire, le tissu sanitaire, ses projets) ;

- l'organigramme de l'équipe de direction.
- la présentation des données sociales (droit, règlement intérieur, plan de formation, organisation administrative, médecine du travail) ;
- la visite des lieux et un support audio visuel pour les sites éloignés ;
- le rappel des règles d'emploi des contractuels.

Les modalités de réalisation de cet accueil doivent être débattues au sein de l'équipe de direction, d'une part parce que celui-ci concerne l'ensemble des directions fonctionnelles, d'autre part le fait de mobiliser un maximum d'acteurs peut en garantir à la fois sa pérennité et sa qualité. A titre d'exemple, il nous semble important d'associer le médiateur culturel de l'établissement pour une présentation rapide des différentes ethnies.

Cependant malgré la qualité de l'organisation que l'on met en place, il est fortement souhaitable de **veiller à renouveler l'information**. Ce qui nous conduit à proposer la mise à disposition périodique de la salle destinée aux formations en informatique aux nouveaux arrivants. Un enseignement assisté par ordinateur devrait utilement compléter le niveau d'information des candidats. Par ailleurs ce dispositif une fois bien rodé pourrait être diffusé dans l'ensemble des unités de soins.

Notre conception de l'accueil se décline en trois étapes.

Une **première** étape dans laquelle l'infirmier sera accueilli à son arrivée dans le département et installé dans un logement provisoire.

Il n'est pas inintéressant de réfléchir à un accueil groupé une ou deux fois par mois, débutant dès l'aéroport, d'autant plus que des fonctionnaires de diverses administrations bénéficient déjà de ce type de prise en charge. L'intérêt de la démarche repose sur la concrétisation de l'intérêt que l'établissement porte à l'accueil de ses agents, de fournir les premières indications permettant de se repérer dans le temps et l'espace, d'identifier des personnes ressources.

Par ailleurs ce premier accueil pourrait être confié aux Cadres volontaires, ce qui aurait des vertus pédagogiques. Une deuxième proposition consisterait à associer l'encadrement de garde l'après midi (il y a en permanence 2 Cadres de proximité et un Cadre supérieur.) ou bien encore aux Cadres du comité de recrutement.

Dans la **deuxième** étape : 24 H après son arrivée (temps nécessaire à la récupération d'un long voyage et du décalage horaire). Le matin l'agent rencontre un des Cadres assurant les entretiens de recrutement. L'objet de l'entretien étant double : recueillir des informations et transmettre les informations nécessaires à la prise de fonction, mais également le repérage des lieux et des personnes référentes.

Dans l'après midi l'agent est reçu au bureau des ressources humaines et par le Directeur des soins. Dans le premier cas il s'agit à la fois de vérifier la conformité du dossier administratif, de fournir les indications nécessaires à la bonne compréhension des modalités de recrutement, et du fonctionnement de l'établissement, de remettre le livret d'accueil.

Il revient au Directeur des soins ensuite de présenter le service infirmier dans ses grands principes, ses projets, de convaincre les candidats : plus le marché est tendu, plus convaincre est nécessaire, de valoriser le poste (opportunité de carrière, le poste répond au besoin de l'établissement, mais aussi à celui du candidat en lui permettant d'apprendre, de progresser) il permet aussi de valoriser l'établissement selon son image, son choix, et son environnement.

Enfin de présenter ses propositions d'affectation en essayant de tenir compte des aspirations du candidat et de son projet professionnel.

La **troisième** étape est réalisée dans l'unité d'affectation. Le Cadre de santé procédera à une présentation détaillée des locaux, du personnel soignant, médical, et autres intervenants, des projets de service. A cette occasion les modalités

d'intégration seront explicitées, ainsi que les possibilités d'information dans le service (documentation, intranet)

3.5 L'intégration :

Elle s'effectuera à partir de l'instauration d'un tutorat, la remise et le suivi du livret d'intégration.

Ce livret , est destiné d'une part à rassembler tous les documents relatifs au contrat de travail, au suivi du temps de travail ,aux évaluations successives en vue de la mise en stage ; d'autre part à fournir à l'agent et à l'encadrement une vision globale du déroulé du processus d'intégration.

Ces deux mesures : le tutorat et l'élaboration du livret nécessitent un consensus, un travail en commun avec les équipes soignantes et la Direction des ressources humaines, une réflexion autour de l'organisation requise et des moyens qui en dépendent.

Toutefois le tutorat est un objectif qu'il ne faut pas perdre de vue car il représente actuellement le moyen le plus rapide et le plus efficace pour développer la notion de multi culturalité par exemple en indiquant la manière de dire bonjour et d'autres vocables courants dans les langues les plus usitées.

3.6 L'évaluation des agents :

Comme les deux étapes précédentes, les moments de l'évaluation doivent être prévus et déterminés avec l'agent. Ce travail fait partie des responsabilités de l'encadrement.

A cette fin les Cadres doivent disposer d'outils homogènes et fiables. La construction de la grille d'évaluation à partir du profil de poste permettra d'évaluer l'adaptation l'agent sur divers termes et d'établir un contrat en regard de ses qualités et défauts.

C'est en quelque sorte un espace de communication qui s'ouvre, permettant à l'agent d'exprimer ses difficultés ou préoccupations afin qu'une réponse soit apportée sous forme d'écoute, de conseil, de formation.

Ces trois périodes : l'accueil, l'intégration, l'évaluation font partie intégrante de la procédure de recrutement. Elles favorisent et améliorent considérablement les prises de fonctions et assurent un capital pour l'avenir.

La troisième partie de ce travail a permis de réfléchir à des propositions et des étapes concrètes afin d'initier une procédure de recrutement structurée dans l'établissement d'affectation, qui soit lisible pour chaque catégorie d'acteurs. Au-delà de ces propositions le problème du turn over du personnel infirmier contractuel nous mènera vers la mise en place d'une véritable politique des ressources humaines.

En effet, nous ne saurions conclure ce travail sans évoquer l'ensemble des problèmes mis en exergue dans les questionnaires : la recherche de reconnaissance, la pénurie de personnel maintes fois évoquée, l'iniquité verbalisée des plannings de travail, les changements perpétuels d'affectation. Notre analyse nous conduit aussi, inéluctablement, à considérer l'exercice professionnel du personnel titulaire.

Consciente de l'ampleur de la tâche nous ne pouvons répondre à l'ensemble des dysfonctionnements déclarés dans un même et court délai. Cependant l'implication des différents acteurs dans la résolution de ce problème, leur prise de conscience progressive de l'enjeu que celui-ci représente, constituera un puissant levier de changement pour entreprendre trois types d'actions correctives.

3.7 L'accomplissement par le travail

Maintes fois le besoin de se réaliser, d'accomplissement dans le travail a été souligné par les personnes qui ont participé à l'enquête. Ce besoin peut se concrétiser à travers les éléments suivants : faire un travail utile, visible, qui est apprécié, exprimer sa compétence, se former et continuer son développement, varié innover dans sa tâche, recevoir une délégation pour prendre des initiatives et des responsabilités.

Le rôle du Directeur des soins le conduit naturellement à intégrer ce besoin de réalisation de soi. Tout d'abord dans ses activités de gestion du personnel, notamment, en permettant au personnel d'exercer leur fonction dans des conditions optimales ; ou bien encore dans ses activités paramédicales en veillant à la qualité des soins. Nous souhaitons atteindre cet objectif en mettant en place les actions suivantes :

- La promotion des outils du travail infirmier (dossiers de soins, protocoles) et le développement des descriptifs des fonctions et rôles.
- Par la mise en place de la démarche qualité.
- Par une volonté forte de positionner les Cadres soignants afin de leur permettre de remplir de façon optimale leur fonction.

3.8 Le management par la motivation

Il s'agit d'apporter une réponse individuelle et collective à la qualité de vie au travail. Individuellement les rythmes de repos ; les horaires, l'attribution des congés doivent faire l'objet d'un rééquilibrage afin que les conditions de travail des contractuels soient améliorées.

Collectivement la mise en œuvre des **indicateurs d'activité en soins infirmiers** sera d'une aide précieuse à la décision de répartition des ressources humaines.

Ce type de problème est au cœur des préoccupations des agents ; il devrait nous conduire vers une réflexion de la modification de l'organisation du travail, peut être aussi à envisager la mise en place d'un **pool de remplacement**, et à évoquer les conditions de la mobilité au sein de l'établissement.

3.9 La valorisation des compétences

La valorisation des compétences induit un pré requis qui englobe l'ouverture d'un espace de communication pérenne, des procédures d'évaluation, la reconnaissance et promotion des projets professionnels des agents.

A titre d'exemple, des présentations et des échanges sur les pratiques de soins ou bien encore sur les aspects particuliers de la relation avec telle ou telle catégorie de population, pourraient être présentés par des infirmières expérimentées dans le cadre d'un protocole d'accueil des nouveaux agents, ou bien encore en institut de formation des infirmiers

Valoriser les équipes de soins c'est montrer ce que celles-ci font ,en utilisant les moyens de communication divers (journal ,reportage,forum,) par ce biais le Directeur des soins assure une reconnaissance et développe l'estime de soi chez les soignants.

CONCLUSION

Les crises du recrutement établissent clairement, qu'il n'y a pas de solution simple à un problème complexe. Les vraies solutions requièrent des stratégies à long terme et une réflexion innovante sur la gestion du travail sur la base d'investissement significatif et soutenu.

La promotion de la qualité des soins, et la mise en oeuvre de condition d'exercice optimal pour le personnel soignant, font partie intégrante du rôle du Directeur des soins.

A partir d'une expérience vécue, le besoin d'approfondir le problème du turn over du personnel contractuel a constitué une priorité que nous avons souhaité intégrer à notre projet professionnel.

La première et deuxième partie de l'étude ont permis de situer le contexte dans lequel se situe la réflexion. D'une part le contexte économique et sociologique bouleverse le type de management qui doit être instauré dans un établissement public de santé. L'objectif essentiel des managers hospitaliers devient le développement de l'implication et de la motivation de son personnel afin de gérer au mieux les ressources humaines.

A l'aide de ces réflexions, des propositions ont été présentées dans la troisième partie pour l'établissement d'affectation. L'approfondissement des différentes étapes, des outils nécessaires, et d'un modèle de collaboration ont été étudiées.

Nous considérons ce travail comme une première étape qui nous a permis chronologiquement :

1. D'objectiver le ressenti des infirmiers contractuels et de tous les autres acteurs concernés par le problème du turn over
2. De renforcer nos connaissances aussi bien par le biais des recherches bibliographiques, ou encore des échanges avec les différents professionnels de santé en France et en Guyane.

3. De garder un lien avec les acteurs de notre établissement d'affectation, portant un intérêt certain à l'objet de ce travail.
4. D'ouvrir une dynamique relationnelle avec les Directeurs des ressources humaines ou Directeurs de soins des autres établissements de santé du département dans l'objectif de les pérenniser.

Ce premier travail a suscité le besoin à notre prise de fonction de poursuivre l'objet de cette étude, d'autant plus que l'accueil et l'intégration du personnel font l'objet du premier thème du projet social 2002 / 2005⁴¹ de l'établissement. Nous souhaiterions enrichir ce projet :

- De la prise en considération des autres catégories professionnelles,
- De la recherche de certaines réponses, comme par exemple : que désigne la notion de liberté verbalisée par quelques infirmiers contractuels : un refus des contraintes professionnelles ; une appréhension liée à la prise de poste ; ou bien encore masque t-elle une aspiration à une plus forte marge d'autonomie ?
- Des réflexions et choix des acteurs concernés.

Ce projet nous conduira sans doute en institut de formation de base pour essayer de renforcer le recrutement local, à une coopération politique pour améliorer les conditions d'installation des personnels de santé.

Au-delà, il nous invitera à élargir notre réseau de communication ; à favoriser les échanges permanents, afin que dans la recherche de solutions pour rendre attractive notre structure, nous ne soyons pas amenés à générer des dysfonctionnements dans d'autres établissements.

Si la conjoncture actuelle est difficile et le sera d'avantage dans les années à venir ; ce triptyque méthodologique incontournable devrait nous permettre de faire face :

transparence, cogestion, dialogue social.

De même, que dans la recherche des conditions optimales pour la prise en charge du patient nous soyons amenés à nous poser « les bonnes questions » afin de rentrer ensemble « dans les bonnes réponses »...

⁴¹ Source : Avant projet : synthèse des propositions des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du projet social 2002 / 2005 du centre hospitalier de Cayenne.

Bibliographie

OUVRAGES :

- G. ARBUS – D. DEBROSSE : « réussir le changement à l'hôpital » inter Edition – Paris- 1996 .
- J.BONMATI « les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser » Berger-Levrault. Mai 1998.
- JOEL CAUDEN – AIAIN SANCHES – Gestion des ressources humaines – Berger-Levrault – 1997.
- M .CREMADEZ : « le management stratégique hospitalier » Inter Editions. Paris 1997.
- JEAN- MARIE Clément ISABELLE FILIPPI – Les personnels contractuels de la fonction publique hospitalière– études hospitalières – novembre 1999.
- CHRISTOPHE DEJOURS « le facteur humain » collection que sais je. PUF. Paris fev 1999.
- ODILE DERENNE et ANDRE LUCAS : « le développement des ressources humaines » Edition E N S P tome 2. Mai 2002 ;
- JEAN MICHEL FOURGOUS et BRIGITTE LTURRALDE : mesurer et améliorer le climat social dans l'entreprise. Les éditions d'organisation.Mai 1991 (ensp).
- WALTER HESBEEN - Les difficultés de recrutement du personnel infirmier en France. E.N.S.P - RENNES – 1993
- JACQUES LAFFORE - le contrat de travail dans les établissements publics sanitaires et sociaux – Berger- Levrault - manuel B.L. Santé. MARS 1997.

- JEAN-LOUIS LEONARD - Manager autrement -Paris – Editions T.S.A – collections : Dominantes .1994.
- H. LETREUTRE - traité de gestion hospitalière – Berger-Levrault – Nancy – 1998.
- GORDON MACE – FRANCOIS PETRY - guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales. – De Boeck Université - Canada - 3^e trimestre 2000.
- HENRY MINTZBERG - Le manager au quotidien –les 10 rôles du cadre - édition d'organisation –novembre 2000.
- HENRY SAVALL – VERONIQUE ZARDET– maîtriser les coûts cachés. Editions Economica. Paris. 1987 Page 11.
- R. SAGE : « les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » ANACT Editions Liaisons . Paris. NOV 2001.
- SERGE VALLEMONT - la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois, et des compétences dans les trois fonctions *publiques*. – Berger- Levrault - PARIS – novembre 1996.

ARTICLES

- **B. ARTAL** «accueil, orientation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital Suisse» - revue soins n°405, mai 1983 page 25 / 30.
- **M. CREMADEZ** « les clés de l'évolution du monde hospitalier » - « les cahiers de gestion hospitalière, n° 59, gestions hospitalières, n° 266, mai 1987 page 285 / 306.
- **C DENEUVE** – les nouvelles questions de l'emploi – la documentation française – Cahier français - page 99 à 108.
- **W HESBEEN** - « la pénurie des personnels infirmiers en France » - objectif Soins – N°12 - Avril 1993 - page 31 à 34.
- **J.R LOUBAT** – « le cadre moderne est avant tout un coach » revue management n° 7 – sept 2001. page 21 à 25.
- **R. POLETTI** : « valeurs professionnelles et éthique professionnelle » les soins infirmiers. PARIS. le Centurion. 1983.
- **G. TANGUY** – «professions de santé la pénurie. »– L'EXPRESS.- 24/01/02 – page 113 à la page 117.
- **A. VEGA** - « être cadre de santé est un travail d'équilibriste » revue management n° 7 - sept 2001 ; page 16 à 18.

MEMOIRES

- HEMART Christine La titularisation une responsabilité partagée par l'équipe de direction » mémoire d'infirmier général octobre 1999.
- Martin F « l'accueil un pas vers l'intégration » mémoire d'infirmier général novembre 1997.
- Mormentyn A « la procédure de recrutement une démarche de qualité à explorer pour l'infirmier général » mémoire d'infirmier général. Novembre 1995.

RAPPORTS ET DIVERS

- o M Gagneux – J Durand – M Covilette – G Renou « rapport sur le fonctionnement et la situation financière du centre hospitalier de Cayenne » Octobre 2000.
- o N.Tavernier- M.C.Mahe – P. Baratay – T. Guérin « la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics » rapport d'étude .Ministère des Affaires sociales ; de la Santé et de la Ville. 1994.
- o BILAN SOCIAL 2001 Centre Hospitalier de Cayenne.
- o AVANT PROJET : synthèse des propositions des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du projet social 2002 / 2005 du Centre Hospitalier de Cayenne
- o PROJET MEDICAL : des centres de santé Décembre 2000 (Centre Hospitalier de Cayenne)

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 : LA REPARTITION DES POSTES ET CENTRES DE SANTE EN GUYANE ; - (annexe 1 non publiée)

ANNEXE N°2 : LES QUESTIONNAIRES ET GUIDES UTILISES POUR LA REALISATION DE L' ENQUETE .

ANNEXE N° 3 : EXPLOITATION SOUS FORME DE TABLEAU DES RESULTATS DES QUESTIONNAIRES INFIRMIERS ET MEDICAUX .

ANNEXE N° 4 : EXEMPLE DE CHARTE POUR LE RECRUTEMENT DES CONTRACTUELS .

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

1. LE TURN OVER DU PERSONNEL INFIRMIER CONTRACTUEL EST IL IMPORTANT AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT ?

2. LE CAS ECHEANT, A QUOI RELIEZ VOUS CES DIFFICULTES ?

3. QUELLES SONT LES PISTES DE REFLEXION ET LES MESURES ENVISAGEES AFIN DE REDUIRE LE TURN OVER ?

QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL INFIRMIER.

1. POURQUOI AVEZ-VOUS FAIT LE CHOIX DE TRAVAILLER DANS UN DEPARTEMENT D'OUTRE MER ?

2. ESTIMEZ VOUS RETROSPECTIVEMENT QUE VOUS AVIEZ SUFFISAMMENT DE CONNAISSANCE DU DEPARTEMENT POUR VOUS Y INSTALLER ?

3. LE DEPARTEMENT CORRESPOND IL A CE QUE VOUS AVIEZ IMAGINE ?

4. AVEZ VOUS EU DES DIFFICULTES LORS DE VOTRE INSTALLATION ?

5. VOS DIFFICULTEES ETAIENT ELLES LIEES :
 - A LA SPECIFICITE DU DEPARTEMENT ?

- D'ORDRE PROFESSIONNEL ?

- D'ORDRE PERSONNEL ?

- AUTRES

6. QUE PENSEZ DE VOTRE STATUT DE CONTRACTUEL ?

7. COMMENT AVEZ-VOUS VECU VOTRE PRISE DE FONCTION ?

8. POURRIEZ VOUS CITER LES FACTEURS QUI VOUS INCITERAIENT À QUITTER L'ETABLISSEMENT?

9. QUELS SONT CEUX QUI VOUS INCITERAIENT À Y RESTER ?

10. QUELS SONT SELON VOUS LES ELEMENTS EN MESURE DE FACILITER L'INTEGRATION DU PERSONNEL CONTRACTUEL A L 'HOPITAL.

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX CADRES DE SANTE

1. Pensez –vous qu'il y ait une rotation rapide du personnel infirmier au niveau de votre service, secteur, ou de l'établissement ?

2. Si oui quelles en sont les raisons ?

3. que pensez vous du recrutement extérieur ?

4. Pensez vous que les Cadres de Santé aient un rôle à jouer vis-à-vis du recrutement du personnel infirmier ?

5. pensez vous remplir ce rôle ? argumenter.

6. Quels sont selon vous les éléments susceptibles de favoriser la diminution du turn over du personnel non titulaire ?

QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL MEDICAL

1. Avez-vous connaissance de la politique de recrutement du personnel infirmier de votre établissement ?

2. Pensez vous que le personnel infirmier recruté à l'extérieur du département ait des difficultés d'intégration ?

3. le cas échéant quelles en sont les raisons ?

4. Quels sont selon vous les éléments en mesure de favoriser la stabilité du personnel contractuel ?

5. Comment envisagez vous la participation des médecins dans une politique de recrutement du personnel infirmier contractuel ?

6. Seriez vous disposé à apporter votre contribution ?

Annexe 3

Présentation sous forme de tableau de l'exploitation des questionnaires infirmiers

2.3.1 Tableau récapitulatif des questionnaires reçus et exploités.

POPULATION	ETABLISSEMENT A	ETABLISSEMENT B
INFIRMIERS	29	12
CADRE DE SANTE	15	5
MEDECINS	12	3
TOTAL	56	21

Question N°1 : quelles sont les raisons qui vous ont incité à venir travailler en Guyane. Par ordre d'importance nous avons identifié :

1. les raisons liées au pays

ETABLISSEMENT A	Nbre de citations	ETABLISSEMENT B	Nbre de citations
Connaître la Guyane	34	Connaître la Guyane	8
Connaître les cultures	21	Connaître les cultures	4
Le climat.	10		—
Total	65 fois sur 102 items		12 fois sur 23 items
	64 %		52 %

2. Des raisons personnelles

LES ELEMENTS DE REPONSES	ETA A	ETA . B
Souhait de revenir.	3	—
Raisons familiales ou amis.	5	—
Changer de cadre de vie	3	—
Voyager	4	—
Agence d'intérim	1	—
Réponse rapide à ma candidature	1	3
Offre de poste correspondant à mon choix	1	4
Bouche à oreille	3	—
Total	21 / sur 102.	7 / sur 23
	21 %	30 %

3. Des raisons professionnelles :

<u>ETABLISSEMENT A</u>	Nbre de citations ETAB A	Nbre de citations ETAB B
Centres de santé	3	2
Pathologies tropicales	5	
Expérience professionnelle	7	
Revenir après un stage d'étudiante en soins infirmiers	1	2
TOTAL	16 sur 102.	4 sur 23.
	15 %	18 %

Question n°2 : Votre connaissance du département était elle suffisante pour faciliter votre installation ?

	A		B	
OUI	10	34 %	4	33%
NON	19	66 %	8	67 %
Total	29	—	12	—

Question N°3 : le département répond il à vos attentes professionnelles et personnelles ?

LES ATTENTES PROFESSIONNELLES

Attentes professionnelles Satisfaites	<u>Nbre de citations Etablissements</u>		Attentes professionnelles Non satisfaites	<u>Nbre de citations Etablissements</u>	
	A	B		A	B
Travail intéressant	8	5	Dysfonctionnements au sein des services	3	2
Projet prof suivi	5	3	Manque de suivi administratif	3	—
—	—	—	Manque de reconnaissance.	4	—
Bon accueil des soignants	1	—	Difficulté de communication avec les ethnies	2	1
Sans argumentation	2	1	Sans argumentation	1	—
Total	16	9		13	3
	55 %	75 %		45 %	25 %

LES ATTENTES PERSONNELLES

Attentes personnelles Satisfaites	<u>Nbre de citations</u> <u>Etablissements</u>		Attentes personnelles non satisfaites	<u>Nbre de citations</u> <u>Etablissements</u>	
	A	B		A	B
Pays intéressant	12	4	Non respect choix de poste	5	–
Possibilité de tourisme	4	3	Difficulté de logement	2	–
Rapprochement de famille	2		Le pays ne correspond à mes attentes	1	2
Pas de difficulté d'intégration	1	3	–	–	–
Sans argumentation	2				
Total	21	10	Total	8	2

Question n°4 : avez-vous rencontré des difficultés lors de votre arrivée ?

OUI	DEPARTEMENT	ETAB A	ETA B
	Logement / loyer	5	4
	Sentiment d'insécurité	3	
	transport	2	
	TOTAL :	10 / 52 items	4 / 16 ITEMS
OUI	PROFESSIONNELLES		
	Adaptation difficile.	15	
	Pas d'accueil	8	
	méconnaissance culturelle	4	2
	Manque d'information	4	2
	Changement rapide d'affectation	2	
	Dysfonctionnements (service)	3	3
	TOTAL :	36 / 52 items	7 / 16 items
OUI	PERSONNELLES		
	Eloignement famille	2	1
	Retard de paye et difficultés financières	3	
	Lenteur administrative	1	
	TOTAL :	6 / 52 items	1 / 16 items

Question N°5 : Que pensez vous de votre statut d'agent contractuel ?

Avis + ETA A	AVIS + ETA B	Raisons	Avis – ETA A	Avis – ETA B	Raisons
8	5	Satisfaisant liberté	5	3	Statut ambigu et précaire qui ne doit pas durer
1	2	Essai avant de s'engager	07	2	Inéquitable par rapport aux agents titulaires.
			02		Ne permet pas une bonne intégration
			02		Pas de projet prof
			4		Ne permet pas une reconnaissance professionnelle.
9	7		20	5	
31 %	58 %		69 %	41, 6 %	

Question n°9 : quels sont les éléments qui faciliteraient l'intégration du personnel contractuel à l'hôpital ?

		ETA A	ETA B
MANAGEMENT	Equité de traitement avec les titulaires (période des congés annuels, prime, planning équitable, accès à la formation, prise en compte de l'ancienneté)	21	7
	Perspectives de carrière connues (plus de communication avec la Direction)	6	
	Mise en place d'une évaluation du travail.	3	
	Structuration de l'accueil et de encadrement des nouveaux arrivants.	25	5
	Respect des choix pour l'affectation.	17	
	Réduire les changements d'affectation.	19	
DES MOYENS	Aide à la recherche d'un logement ou mise à disposition temporaire d'un logement et prise en charge du billet d'avion.	7	9
	Renforcement de l'élaboration des protocoles médicaux et soignants.	3	
	Améliorer l'organisation du travail.	9	

Présentation sous forme de tableau de l'exploitation des questionnaires médicaux

Question n° 1: Avez-vous eu connaissance de la politique de recrutement de votre établissement ?

Réponses	A		B	
OUI	2	16 %	1	20 %
NON	10	84 %	4	80 %
TOTAL	12	100 %	5	100 %

Question n°2 : Pensez vous que le personnel infirmier recruté à l'extérieur du département ait des difficultés d'intégration ?

REPONSE	A		B	
OUI	9	75 %	4	80 %
NON	3	25 %	1	20 %
TOTAL	12	100 %	5	100 %

Question n°3 : Le cas échéant quelles en sont les raisons ?

Facteurs liés aux conditions de travail et d'emploi :	A		B	
Retard de titularisation	4	—	—	
changement trop fréquent de service.	2	—	—	
Manque d'informations et de formation à la spécificité locale.	5	—	—	
Pas d'accueil.	2	—	—	
Pas d'encadrement.	4	—	—	
Charge de travail élevé.	3	—	—	
Mauvaise qualité de relations interprofessionnelles.	2	—	—	
TOTAL	22	92 %	—	
Facteurs personnels				
Sentiment d'isolement.	2	8 %	2	
Difficulté à trouver un logement	24		3	

Annexe 4

EXEMPLE DE CHARTE POUVANT ETRE PROPOSEE

1 ° PARTIE : Les contraintes juridiques incontournables : les priorités de recrutement selon le statut :

1^{ERE} priorité : répondre aux demandes de changement de quotité de temps de travail des fonctionnaires à temps partiel.

2^{ème} priorité : assurer les réintégrations de fonctionnaires de l'établissement (retour de congé parental, promotion professionnelle, congé de formation.)

3^{ème} priorité : les demandes de mutations d'autres fonctionnaires hospitaliers.

En précisant que le recrutement de contractuel vient en tout dernier lieu, que ceux-ci sont intégrés de façon provisoire pour deux motifs : dans l'attente d'un concours, ou pour des remplacements ponctuels.

❖ 2 ° PARTIE : Les principes généraux à l'égard des contractuels

Le respect des obligations pour le recrutement :

- l'aptitude médicale et professionnelle ;
- la qualification pour les grades.
- Un avis favorable après un entretien.

Les règles du contrat.

- Un impératif pour le renouvellement une évaluation favorable.
- Une incertitude sur la garantie de l'emploi sur le long terme ;

- Une certitude : une intégration prioritaire des contractuels en fonction de leur ancienneté. (Le critère de l'ancienneté n'étant pas exclusif, les compétences spécifiques sont prises en considération)

3° PARTIE : Une gestion des contractuels équitable et améliorée progressivement

Au-delà du respect du droit dans cette rubrique il convient de mettre l'accent sur l'engagement à étendre graduellement tous les avantages qui sont possibles aux contractuels, en particulier :

- La définition des modalités de recrutement en qualité de contractuel (en sachant que le Directeur des ressources humaines s'engage à ne plus recruter de contractuel sur des postes vacants)
- L'accès à l'information (Internet et intranet) et à la formation continue.
- Un projet d'aide au logement pour les agents qui arrivent dans le département un accès à un logement provisoire est en cours de négociation avec les sociétés de gestion immobilière.
- La participation aux projets institutionnels, aux groupes de travail ;
- L'amélioration des choix de congé annuel.
- Un processus d'accueil et d'intégration.

Bibliographie

OUVRAGES :

- G. ARBUS – D. DEBROSSE : « réussir le changement à l'hôpital » inter Edition – Paris- 1996 .
- J.BONMATI « les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser » Berger-Levrault. Mai 1998.
- JOEL CAUDEN – AIAIN SANCHES – Gestion des ressources humaines – Berger-Levrault – 1997.
- M .CREMADEZ : « le management stratégique hospitalier » Inter Editions. Paris 1997.
- JEAN- MARIE Clément ISABELLE FILIPPI – Les personnels contractuels de la fonction publique hospitalière– études hospitalières – novembre 1999.
- CHRISTOPHE DEJOURS « le facteur humain » collection que sais je. PUF. Paris fev 1999.
- ODILE DERENNE et ANDRE LUCAS : « le développement des ressources humaines » Edition E N S P tome 2. Mai 2002 ;
- JEAN MICHEL FOURGOUS et BRIGITTE LTURRALDE : mesurer et améliorer le climat social dans l'entreprise. Les éditions d'organisation.Mai 1991 (ensp).
- WALTER HESBEEN - Les difficultés de recrutement du personnel infirmier en France. E.N.S.P - RENNES – 1993
- JACQUES LAFFORE - le contrat de travail dans les établissements publics sanitaires et sociaux – Berger- Levrault - manuel B.L. Santé. MARS 1997.

- JEAN-LOUIS LEONARD - Manager autrement -Paris – Editions T.S.A – collections : Dominantes .1994.
- H. LETREUTRE - traité de gestion hospitalière – Berger-Levrault – Nancy – 1998.
- GORDON MACE – FRANCOIS PETRY - guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales. – De Boeck Université - Canada - 3^e trimestre 2000.
- HENRY MINTZBERG - Le manager au quotidien –les 10 rôles du cadre - édition d'organisation –novembre 2000.
- HENRY SAVALL – VERONIQUE ZARDET– maîtriser les coûts cachés. Editions Economica. Paris. 1987 Page 11.
- R. SAGE : « les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » ANACT Editions Liaisons . Paris. NOV 2001.
- SERGE VALLEMONT - la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois, et des compétences dans les trois fonctions *publiques*. – Berger- Levrault - PARIS – novembre 1996.

ARTICLES

- **B. ARTAL** «accueil, orientation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital Suisse» - revue soins n°405, mai 1983 page 25 / 30.
- **M. CREMADEZ** « les clés de l'évolution du monde hospitalier » - « les cahiers de gestion hospitalière, n° 59, gestions hospitalières, n° 266, mai 1987 page 285 / 306.
- **C DENEUVE** – les nouvelles questions de l'emploi – la documentation française – Cahier français - page 99 à 108.
- **W HESBEEN** - « la pénurie des personnels infirmiers en France » - objectif Soins – N°12 - Avril 1993 - page 31 à 34.
- **J.R LOUBAT** – « le cadre moderne est avant tout un coach » revue management n° 7 – sept 2001. page 21 à 25.
- **R. POLETTI** : « valeurs professionnelles et éthique professionnelle » les soins infirmiers. PARIS. le Centurion. 1983.
- **G. TANGUY** – « professions de santé la pénurie. »– L'EXPRESS.- 24/01/02 – page 113 à la page 117.
- **A. VEGA** - « être cadre de santé est un travail d'équilibriste » revue management n° 7 - sept 2001 ; page 16 à 18.

MEMOIRES

- HEMART Christine La titularisation une responsabilité partagée par l'équipe de direction » mémoire d'infirmier général octobre 1999.
- Martin F « l'accueil un pas vers l'intégration » mémoire d'infirmier général novembre 1997.
- Mormentyn A « la procédure de recrutement une démarche de qualité à explorer pour l'infirmier général » mémoire d'infirmier général. Novembre 1995.

RAPPORTS ET DIVERS

- o M Gagneux – J Durand – M Covilette – G Renou « rapport sur le fonctionnement et la situation financière du centre hospitalier de Cayenne » Octobre 2000.
- o N.Tavernier- M.C.Mahe – P. Baratay – T. Guérin « la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics » rapport d'étude .Ministère des Affaires sociales ; de la Santé et de la Ville. 1994.
- o BILAN SOCIAL 2001 Centre Hospitalier de Cayenne.
- o AVANT PROJET : synthèse des propositions des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du projet social 2002 / 2005 du Centre Hospitalier de Cayenne
- o PROJET MEDICAL : des centres de santé Décembre 2000 (Centre Hospitalier de Cayenne)