



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**LE RECRUTEMENT OU L'ART DE
CONCILIER L'OFFRE DE
L'INSTITUTION HOSPITALIERE ET LA
DEMANDE DU PROFESSIONNEL
INFIRMIER.**

Alain BERNICOT

Remerciements

Je tiens ici à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de cette année d'études et ont ainsi collaboré à la réalisation de ce travail.

Parce qu'elles ont de fait participé à son élaboration, cette place ici, leur revient de droit :

- mes collègues de formation avec lesquels j'ai partagé les moments de doute,
- les professionnels de l'hôpital public qui m'ont ouvert leurs services,
- mes amis, toujours fidèles, même à distance,
- mes parents disponibles à chaque instant,
- mes proches :
 - o Sarah, mon épouse qui m'accompagne au quotidien, sans relâche,
 - o Mathieu, Simon, Anna, Cécile et Marine, mes enfants,

sans lesquels rien n'aurait été possible.

« Toute douleur déchire, mais ce qui la rend intolérable, c'est que celui qui la subit se sent séparé du monde ; partagée, elle cesse d'être un exil. »

Simone de BEAUVOIR

Tout compte fait

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CADRE THEORIQUE.....	7
1.1 Les ressources humaines à l'hôpital.....	8
1.1.1 Un capital.....	9
1.1.2 Un élément de la qualité.....	10
1.1.3 Une place prépondérante.....	10
1.1.4 La gestion des ressources humaines.....	11
1.1.5 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	12
1.2 Le processus de recrutement.....	13
1.2.1 L'émergence du besoin.....	14
1.2.2 La candidature.....	15
1.2.3 La sélection.....	16
1.2.4 L'accueil : la prise de fonction, l'intégration.....	18
1.2.5 L'encadrement et l'évaluation.....	21
1.2.6 La mise en stage et la titularisation.....	23
1.3 La communication.....	24
1.3.1 Les enjeux de la communication.....	24
1.3.2 La communication à l'hôpital.....	25
1.3.3 Les valeurs communes incontournables.....	25
2 LA RENCONTRE AVEC LES ACTEURS.....	26
2.1 Le cadre de l'étude.....	26
2.2 Méthodologie.....	27
2.3 Les entretiens avec les professionnels.....	27
2.3.1 Choix de la population.....	27
2.3.2 Choix des outils.....	27
2.3.3 Taille de l'échantillon.....	28
2.3.4 Réalisation des entretiens.....	28
2.3.5 Exploitation.....	29
2.4 Résultats des entretiens.....	29
2.4.1 La procédure.....	29
2.4.2 Les valeurs communes, les projets partagés.....	33

2.4.3	GRH/GPEC	35
2.4.4	La place des acteurs.....	35
2.4.5	Le vécu des professionnels recrutés.....	36
2.5	Analyse et synthèse des entretiens	39
2.6	Conclusion de la rencontre avec les acteurs.....	42
3	PROPOSITIONS D’ACTIONS : LA PLACE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA REDUCTION DES ECARTS.....	44
3.1	Les préalables à mettre en place.....	44
3.1.1	Inscrire le projet d’actions dans une logique institutionnelle.....	44
3.1.2	Une gestion partagée entre directeur des soins et directeur des ressources humaines.....	44
3.1.3	Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à mettre en place.	45
3.2	Les propositions de stratégie à développer	46
3.2.1	Réduire les écarts :.....	46
3.2.2	Améliorer les conditions de travail.....	46
3.2.3	Organiser le recrutement autour d’un référentiel partagé pour mieux accueillir pour mieux intégrer.....	47
3.2.4	S’engager à partir d’une procédure de mobilité reconnue et respectée.....	47
3.2.5	Valoriser l’image de l’établissement par une politique de recrutement partagée et adaptée	48
3.3	Le rôle du directeur des soins dans la mise en œuvre du projet.....	49
3.3.1	Une philosophie à développer	49
3.3.2	Une stratégie à implanter.....	50
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

AMDE :	Analyse des modes de défaillance et leurs effets.
CA :	Conseil d'administration.
CDD :	Contrat à durée déterminée.
CDI :	Contrat à durée indéterminée.
CME :	Commission médicale d'établissement
CSS :	Cadre supérieur de santé.
CTE :	Comité technique d'établissement.
CSSI	Commission des services de soins infirmiers.
DAF :	Directeur des affaires financières. Direction des affaires financières.
DG :	Directeur général. Direction générale.
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation de l'Organisation et des Soins
DRH :	Directeur des ressources humaines. Direction des ressources humaines.
DS :	Directeur des soins. Direction des soins.
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.
GRH :	Gestion des Ressources Humaines.
IDE :	Infirmière Diplômée d'État

INTRODUCTION.

Alors que les contraintes économiques se font de plus en plus pressantes sur les budgets hospitaliers, les dépenses en personnel restent un des seuls postes sur lequel il est encore possible de réaliser quelques économies par le développement de l'efficience. Alors que les dépenses en personnel représentent dans l'ensemble des établissements publics de santé entre 70 et 80% du budget, nous voyons inévitablement l'importance de réussir les recrutements.

De par sa place et sa fonction, le directeur des soins propose le choix et l'affectation des professionnels de santé. De ce fait, il contribue pleinement à la maîtrise des dépenses de santé tout en garantissant la qualité des soins la meilleure.

De ses choix en matière de recrutement dépendent l'efficacité des prestations de soins dispensés, la satisfaction des usagers, la qualité des relations professionnelles. En cas de faute professionnelle, d'insatisfaction d'un patient ou de sa famille, de désaffection des professionnels, il doit rendre des comptes devant de multiples interlocuteurs : patients, familles, hiérarchie, direction, tutelle... Dans un contexte de ressources rares ou les professionnels de santé sont peu nombreux sur le marché de l'emploi, le directeur des soins ne doit donc pas se tromper dans ses choix et propositions de recrutement auprès du directeur des ressources humaines et du chef d'établissement.

Réussir un recrutement peut signifier plusieurs choses. C'est sûrement et en premier lieu trouver la bonne personne au bon moment. C'est aussi positionner celle-ci au bon endroit. C'est enfin et peut-être surtout lui donner l'envie et la possibilité de rester.

Pour réussir ce pari et résoudre cette équation, plusieurs inconnues doivent être levées qui vont de la valorisation d'un besoin à la stabilisation de la situation de l'agent, de sa position dans l'institution, en passant par l'embauche, l'affectation, l'accueil, l'intégration...

D'après les dernières études réalisées, la durée moyenne de carrière d'une infirmière¹ était de 7 années en 1986, elle est aujourd'hui passée à 15 ans. Le bilan social publié par la Direction de l'Hospitalisation de l'Organisation et des Soins concernant l'année 2002 et les deux années précédentes montre que 7,3% des personnels soignants ont quitté leur établissement au cours de l'année 2003, ce qui représente 8% des départs en équivalent temps plein². Parmi ceux-ci 2,3% ont quitté la fonction publique hospitalière pour se

¹ Lire pour l'ensemble du travail : infirmier, infirmière.

² Bilan social 2002, DHOS, Nombre d'agents ayant quitté l'établissement, p62.

diriger vers la fonction publique territoriale ou la fonction publique d'état, 13,9% ont démissionné et enfin, 13,9% sont partis pour un autre établissement public de santé. Si ces chiffres ne sont dans l'absolu pas très élevés et donc peu préoccupants aujourd'hui, il est cependant important d'observer par contre qu'ils sont en constante augmentation. La fuite des personnels risque de ce fait de devenir dans les années futures un phénomène préoccupant et une source de difficultés dans la gestion des ressources humaines des établissements de santé.

La fidélisation des professionnels infirmiers va donc devenir rapidement un enjeu central de la politique de recrutement des hôpitaux, au croisement de logiques ou d'intérêts qui peuvent paraître souvent contradictoires. La maîtrise des coûts reste en tout état de cause un impératif non négociable. L'équilibre budgétaire devient tous les jours plus difficile à réaliser dans un contexte où le niveau d'exigence de l'ensemble des acteurs du système de santé va croissant et où la qualité n'est plus un vœu mais une exigence réglementaire³. La mise en place et le respect de procédures de recrutement ne sont pas encore une réalité partagée dans un grand nombre d'institutions. Si pour la majorité des directeurs des soins leur utilité se révèle incontestable, ce n'est pas toujours le cas pour nombre de leurs partenaires dans le processus de recrutement : membres de l'équipe de direction et professionnels de la filière infirmière qui, quand ils n'en ignorent pas l'existence, oublient souvent de s'y référer. La définition de références communes basées sur des valeurs partagées va imposer de s'asseoir autour d'une table et de définir ensemble des points de convergence dans le cadre des projets d'établissement. La mise en place d'une stratégie de gestion des ressources et des effectifs va devenir indispensable pour pouvoir anticiper les mouvements des personnels et optimiser ses ressources en fonction des exigences liées à la prise en charge des patients.

Sur ces contraintes, des difficultés supplémentaires sont venues se greffer. Si les répercussions de la mise en place de la réduction du temps de travail tendent aujourd'hui à s'estomper, l'intensité de la charge de travail qui pèse sur les équipes reste et restera plus forte que par le passé, avec une organisation qui a permis, par le gain de productivité qu'elle a généré, de compenser le manque à gagner de postes dégagés. De plus, l'observation de l'évolution de la démographie des professions de santé montre une pénurie prévisionnelle d'infirmières au cours des prochaines années qui laisse prévoir rapidement une nouvelle tension sur le marché de l'emploi.

Pour toutes ces raisons le recrutement reste un enjeu prioritaire dans les stratégies des établissements de santé. Les hôpitaux se doivent de recruter pour préserver et garantir

³ Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

leur potentiel humain de créativité et de dynamisme. Mais il importe désormais de faire porter leurs efforts sur la fidélisation des nouveaux arrivants. Les enjeux sont donc multiples : optimisation des effectifs en lien avec l'activité et les ressources budgétaires, maintien de la qualité des prestations directes ou contingentes aux soins, adaptation des compétences, mise en adéquation des besoins institutionnels et des demandes des personnels.

Dans ce contexte le recrutement se révèle un art difficile mais fondamental. Il demande au dirigeant d'acheter des compétences sur un marché concurrentiel, non régulé par les prix. Cela lui impose une double démarche de séduction. Tout d'abord externe pour attirer et recruter, puis interne pour intégrer et fidéliser.

C'est à partir de cet environnement que nous aborderons en tant que directeur des soins le recrutement des infirmières.

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur ce thème qui tendent à montrer que des outils doivent exister ou être construits pour optimiser les démarches. Un accord entre les différents acteurs du processus de recrutement se révèle indispensable pour mener à bien la démarche de son initiation à sa conclusion. Si nous avons trouvé facilement de nombreux écrits relatant les positions des différents acteurs impliqués dans la démarche de recrutement, nous n'en n'avons pas recensés qui regroupent l'ensemble des partenaires : du chef d'établissement à l'infirmière recrutée elle-même. C'est pourquoi nous avons choisi à travers l'étude du discours de l'ensemble des acteurs de tenter de comprendre les raisons qui font qu'un nombre de plus en plus important de professionnels infirmiers ont choisi de quitter leur institution alors que celle-ci paraît avoir tout mis en oeuvre pour lui donner une place

Toute personne nouvellement recrutée doit pouvoir s'intégrer dans l'organisation qui la reçoit, puis s'adapter à la structure qui l'accueille, et évoluer en fonction des besoins mais aussi de ses aspirations. Seul le respect de ces premières conditions peut permettre d'espérer développer le sentiment d'appartenance à l'institution et de préserver la fidélisation pour rendre le meilleur service au patient au meilleur coût.

Au sein de l'institution hospitalière, l'ensemble des catégories professionnelles est concerné, cependant nous avons choisi de n'étudier que les professionnels infirmiers. En effet le directeur des soins en référence à son statut⁴ ne propose les affectations que pour les personnels paramédicaux. De plus au sein de ce corps professionnel nous avons

⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

choisi de ne nous intéresser qu'aux infirmières diplômées d'état. En effet c'est au sein de leur profession que les perspectives d'avenir sont les plus sombres. Enfin les conclusions que nous tirerons de ce travail pourront très facilement être transposées dans les autres corps professionnels.

Le contexte du marché de l'emploi actuel nous amène à penser que l'essentiel des recrutements se fera auprès des nouvelles diplômées : les demandes de mutations restent peu nombreuses et nécessitent d'avoir des postes disponibles, aujourd'hui les instituts de formation en soins infirmiers sont au maximum de leurs quotas et mettent sur le marché du travail un nombre important de jeunes professionnels.

Ainsi pour garantir la qualité des prestations offertes aux patients et préserver le devenir des hôpitaux en garantissant l'attachement des infirmières à l'institution, l'optimisation du processus de recrutement et surtout de sa dernière phase de fidélisation devient une priorité du directeur des soins et de l'ensemble des acteurs de la chaîne du recrutement.

Le processus d'embauche ne repose pas sur un corpus de connaissances exactes, il est plutôt le résultat de la conjonction de relations humaines subtilement et harmonieusement imbriquées. Il est pour cela difficile à formaliser. Cependant le respect d'une procédure connue et acceptée de tous doit permettre de limiter les incertitudes et les risques d'erreurs.

En tant que futur directeur des soins, responsable du service infirmier, garant de la qualité des soins dispensés dans l'institution, participant au recrutement en partenariat avec la direction des ressources humaines et proposant les affectations des professionnels de santé, notre responsabilité se trouve en permanence engagée vis-à-vis du malade et de sa famille, de l'institution mais aussi de l'agent recruté.

C'est au regard de ces éléments que nous avons confrontés à notre expérience professionnelle que nous sommes venus à nous poser la question de départ suivante.

Comment en tant que directeur des soins concilier la nécessaire fidélisation des professionnels de santé et les besoins de l'institution en terme de qualité des soins prodigués ?

Pour cela nous devons tenter de répondre aux questions suivantes.

- Comment se déroule le recrutement des professionnels de santé et quelles en sont les différentes étapes ?
- Quelles sont les modalités de recrutement des infirmières depuis l'émergence du besoin jusqu'à la décision de titularisation ?
- Comment en tant que directeur des soins, accompagner un processus de recrutement dans lequel se télescope une multiplicité d'acteurs aux enjeux souvent contradictoires ?

- Quels sont les différents acteurs impliqués dans ce processus, quel est leur rôle, leur place les uns par rapport aux autres ?

Pour amorcer notre réflexion et apporter des éléments de réponse à ce questionnement nous émettrons une première hypothèse en nous appuyant sur notre expérience professionnelle ainsi que sur nos premières rencontres avec des professionnels experts.

La fréquence croissante des départs de jeunes professionnels nouvellement recrutés trouve son origine dans un décalage entre les attentes des infirmiers recrutés vis-à-vis de l'institution et les attentes de celle-ci vis-à-vis d'eux lors de la procédure de recrutement.

De cette première découlent des hypothèses secondaires suivantes.

- Le respect de ce processus par les différents acteurs constitue une sécurité pour l'institution comme pour le professionnel quant à la suite donnée à l'engagement vis-à-vis de l'établissement public de santé.
- Le respect des engagements pris et la capacité de l'institution à se projeter dans le parcours individuel tant professionnel que personnel de l'agent constitue une garantie pour l'institution de fidélisation des professionnels.
- La capacité de l'institution à se projeter dans un projet collectif et à le promouvoir renforce le sentiment d'appartenance du nouveau professionnel.

A travers ce travail de recherche nous allons tenter de reconstruire la trajectoire des nouveaux infirmiers, de retrouver l'histoire de leur recrutement. Nous allons essayer de découvrir ce qui a pu achopper ou au contraire se nouer avec l'institution qui les a accueillis qui nous permettra de comprendre leur parcours de nouvel embauché et leur situation actuelle. Dans la perspective d'une approche par les acteurs, nous avons adopté une démarche de recherche basée sur l'immersion. C'est à partir de l'observation de situations d'entretiens d'embauche, d'accueil, de découverte tout au long du parcours de l'embauché et grâce aux témoignages des différents acteurs, à chaud ou en différé, à partir des pratiques des uns et des réactions des autres, que nous nous sommes laissé conduire sur le chemin du jeune recruté.

L'écrit qui en est né, s'articule autour de trois axes principaux.

Pour parvenir à comprendre ce que nous allons observer et écouter, pendant le temps passé au côté des différents professionnels que nous avons sollicités, nous avons tenté d'explicitier dans une première partie, le processus de recrutement, les principes de la communication, les enjeux de la gestion des ressources humaines et enfin la place qu'occupent les différents acteurs dans le processus de recrutement.

La rencontre avec les acteurs qui constitue le deuxième chapitre, fait partie intégrante de notre recherche. L'immersion dans les rencontres jalonnant le recrutement nous ont permis de recueillir le discours et les impressions des uns et des autres, d'observer les réactions des différents protagonistes. Elle nous a permis d'identifier les modalités pratiques et organisationnelles du recrutement et de mieux comprendre les enjeux, les stratégies, les priorités de chacun. Pendant deux stages dans deux centres hospitaliers différents, mais aussi à partir de notre activité professionnelle antérieure, nous avons recueilli des informations auprès des principaux protagonistes.

Enfin, dans la dernière partie, nous appuyant sur notre réflexion et sur le matériel collecté sur le terrain, nous avons essayé de proposer une stratégie pour le directeur des soins, visant à réduire l'écart entre les attentes des nouveaux infirmiers et les besoins de l'institution de soins.

Acteurs de leurs propres relations, contraints par les impératifs économiques et de continuité des soins, soumis aux nécessités de la qualité, toute la difficulté de chacun, recruteurs et recrutés, nous semble résider dans la place qu'ils peuvent trouver et prendre en regard de la place qu'ils veulent donner et prendre dans l'institution.

1 LE CADRE THEORIQUE.

Dans un contexte de ressources rares, où les infirmières restent peu nombreuses sur le marché de l'emploi, afin de garantir le niveau d'activité de l'hôpital, la tentation pourrait être grande de recruter tous les personnels disponibles, et de maintenir sur le seul critère quantitatif le niveau de ses effectifs. Pourtant, pour préserver et élever son niveau de qualité, l'hôpital doit préserver un mode de sélection lors du recrutement. En effet :

« L'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la composent. »⁵

Il semblerait même qu'il devrait élever son niveau de recrutement pour augmenter son niveau de qualification donc d'expertise et par conséquent maintenir son niveau de qualité des soins.

Nous voyons par là que le recrutement constitue un élément stratégique de la gestion des ressources humaines. Il représente une des clés de la réussite de l'ensemble des stratégies institutionnelles. Parce qu'il prend la forme d'un achat de compétences sur un marché concurrentiel, il doit être abordé comme une opération d'investissement, et s'avérer rentable pour l'institution.

Avant d'analyser l'ensemble de la démarche de recrutement il nous faut nous arrêter sur quelques définitions.

Recruter.

C'est amener quelqu'un à faire partie d'un groupe ; c'est un mécanisme dynamique :

« un processus qui consiste à choisir entre divers candidats en vue d'un poste de travail qu'on a jugé utile de créer, de maintenir ou de transformer. »⁶

Si l'on veut de plus valoriser et développer le potentiel repéré et en devenir chez la personne sélectionnée, recruter revient alors :

« à un moment donné à effectuer un diagnostic sur une personne pour pouvoir formuler ensuite un pronostic d'adaptation à une situation de travail, c'est à dire au contenu d'un emploi et de son environnement humain, physique, organisationnel. »⁷

⁵ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Editions Masson 1997.

⁶ LOUART P., *Gestion des ressources humaines*, Editions Eyrolles, 1991

⁷ BOURGEOIS F., *Gérer et dynamiser ses collaborateurs*, 2^e édition, Paris, Editions Eyrolles, 1999

La politique de recrutement.

Elle doit assurer le présent tout en préparant l'avenir de l'institution, et

« peut être définie comme 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 son environnement. »⁸

Ainsi, elle doit anticiper tant quantitativement que qualitativement sur ses besoins en personnel, et pour cela s'inclure dans la stratégie globale de gestion de l'établissement : le projet d'établissement, le projet social, le projet médical, le projet de soins.

La procédure de recrutement.

Elle résulte de la politique choisie, regroupe et organise une succession d'étapes qui vont permettre à l'institution d'engager un personnel tout en vérifiant ses aptitudes dans l'instant, mais aussi déterminer ses potentiels d'évolution en adéquation avec les perspectives de l'établissement. Il convient donc de la formaliser dans le cadre d'une politique de gestion des ressources humaines selon des règles acceptées de tous. Elle constitue alors un cadre précis, connu et opposable à l'ensemble des acteurs, candidat compris. Constituée d'une succession organisée d'étapes qui s'étendent de l'émergence et de la définition du besoin, à l'intégration et à la titularisation, elle limite les risques de dérive en incluant de la rigueur et de l'objectivité. Elle préserve la dimension humaine de la rencontre.

1.1 Les ressources humaines à l'hôpital.

Depuis toujours, il a fallu gérer les hommes, pour faire fonctionner les institutions. Pourtant, l'activité ressources humaines est la dernière née des principales fonctions des grandes entreprises. C'est seulement dans la deuxième moitié du 20^e siècle que le management des hommes a vraiment connu une réelle montée en puissance. En un siècle, les chefs d'entreprises sont ainsi passés d'une organisation scientifique du travail à un management stratégique des ressources humaines ; d'une vision du personnel comme une dépense à valeur négative, à une vision de richesse productive. Les ressources humaines sont désormais considérées comme un investissement immatériel à optimiser. L'hôpital n'a pas échappé à cette dynamique d'évolution.

⁸ CITEAU JP, *Gestion des ressources humaines principes généraux*, Paris, Editions Armand Colin, 2000

1.1.1 Un capital.

Si jusqu'au début du 19^e siècle, les soignants sont principalement des religieuses, le plus souvent mal ou pas rémunérées, sans qualification, la laïcisation des hôpitaux et l'évolution considérable de la science et des technologies vont entraîner une large professionnalisation et une forte augmentation du nombre des soignants. Les compétences indispensables à la prise en charge des patients deviennent de plus en plus complexes et imposent de constantes réactualisations, les métiers de l'hôpital se multiplient, se diversifient, se spécialisent. C'est ainsi que le coût des dépenses humaines augmente jusqu'à devenir le poste budgétaire le plus important à l'hôpital. Elles peuvent désormais représenter selon les établissements de 70 à 80% du budget hospitalier. La parfaite gestion des ressources humaines devient alors essentielle, ainsi, depuis les années 1980,

« L'hôpital à l'instar de la fonction publique a promu les hommes et les femmes au niveau des ressources au même titre que les ressources financières ou matérielles. Cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus, qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement. »⁹

Les ressources humaines deviennent donc un capital qu'il convient d'optimiser, à utiliser au mieux en référence à une intention ou à une exigence globale, en fonction des aspects quantitatifs : les effectifs, des aspects qualitatifs : les compétences, et de la nécessaire participation et implication de celles-ci dans le fonctionnement de l'institution.

Pour gérer les ressources humaines,

« Il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en terme de performance. La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital [...] De tous les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en terme d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate mais également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management. »¹⁰

Dans ce contexte, le directeur des soins qui sélectionne les candidats et propose leur affectation aura un rôle déterminant dans l'engagement des équipes dans une direction

⁹ ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault, Paris, 2001.

¹⁰ ABBAD J., Op. Cit.

commune, autour d'un projet collectif au bénéfice du patient et par contrecoup sur les soignants puis sur l'institution.

1.1.2 Un élément de la qualité.

L'impératif de qualité à travers la législation récente est désormais un enjeu humain organisationnel et économique. La réglementation à travers la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996 qui précisent que la qualité de prise en charge du patient est un objectif essentiel pour tous les établissements de santé, et enfin la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, impose de s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Ainsi pour garantir la qualité tant du côté des usagers qui apprécient la qualité perçue des prestations, que des professionnels qui doivent se conformer aux critères de la procédure d'accréditation, la qualité des soignants, leur niveau compétence, leur implication, leur volonté de progresser auront une incidence sur la qualité des soins.

Le directeur des soins et l'ensemble de l'équipe de direction devront faire de la gestion et de l'optimisation des ressources humaines un objectif prioritaire afin d'améliorer le fonctionnement et le service rendu.

1.1.3 Une place prépondérante.

En 2003, la fonction publique hospitalière rassemble 782 649 personnes au sein des établissements publics de santé de France métropolitaine, 30% de ces effectifs sont représentés par des infirmières. Celles-ci représentent on le voit, un poids stratégique de premier ordre, on mesure l'enjeu que représente leur gestion et l'impact de celle-ci sur le fonctionnement hospitalier.

« Les gains acquis en volume doivent venir en complément d'une amélioration significative, visible dans l'efficacité et l'efficience du travail, ainsi que la qualité du service rendu. »¹¹

Pourtant, pour garantir son activité, l'hôpital a besoin de conserver un niveau d'effectif suffisant. Le marché de l'emploi aujourd'hui est encore favorable aux infirmières, une pression s'exerce donc sur les employeurs, un objectif d'abord quantitatif pourrait être recherché et favorisé. Pourtant, pour préserver son niveau de qualité, l'hôpital doit maintenir une sélection à l'embauche :

« L'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la compose. »

¹¹ ABBAD J., Op. Cit.

Ainsi, moins on a de personnel disponible, plus il devient important de disposer de professionnels qualifiés, compétents et efficaces. Le contexte de pénurie ne doit donc pas faire diminuer le niveau de recrutement et oublier les critères de sélection, mais au contraire le conforter. Il doit nous donner l'occasion de mettre en place une nouvelle dynamique d'évolution, d'amélioration des organisations du travail en cohérence avec la démarche qualité.

1.1.4 La gestion des ressources humaines.

La gestion des ressources humaines a de tous temps revêtu une importance majeure dans la carrière des professionnels ; en effet la richesse première des hôpitaux réside dans son capital humain. Le prendre soin s'est considérablement modifié au fil du temps, au fur et à mesure des progrès de la médecine, des techniques et de l'informatique, les soignants ont dû alors se former. Cette professionnalisation complétée par l'évolution vers la consumérisation et la judiciarisation de notre société a bouleversé les représentations de notre métier. Du sacerdoce du 19^e siècle, les infirmières sont passées en moins d'un siècle au professionnalisme encadré de droit du travail, et de statut.

La maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie impose des regroupements, des fusions, des restructurations. Dans un système de plus en plus complexe imposé par la nécessaire optimisation des moyens, l'évaluation et la mise en concurrence, nous subissons l'accélération de l'évolution sociale tant du point de vue des exigences des personnes soignées que des professionnels. Nous devons donc adapter nos techniques, nos pratiques, remettre en cause nos modes de gestion et de management des hommes.

Cette gestion commence dès le recrutement et se poursuit tout le long de la carrière de l'agent. Elle consiste d'une part à

«placer les hommes qu'il faut, là ou il faut, au moment ou il faut »¹²

et d'autre part, à viser conjointement la satisfaction des salariés et l'optimisation des ressources humaines.

Elle se décline en deux temps :

- la gestion administrative du personnel consiste à satisfaire à l'application et au respect du dispositif statutaire relatif au salarié,
- et la définition et la mise en œuvre de la politique de gestion des ressources humaines issue du projet d'établissement. Le directeur des ressources

¹² BONMATI JM., *Les ressources humaines à l'hôpital*, Paris, Editions Berger-Levrault, 1998.

humaines et le directeur des soins en sont les principaux responsables et maîtres d'œuvre.

Elle vise trois objectifs :

- choisir, conserver et qualifier les hommes qui lui sont nécessaires, à partir de la définition des besoins, de la détermination des moyens et enfin de la mise en adéquation des deux ;
- mobiliser les hommes, les rendre acteurs de l'organisation collective et des finalités de l'établissement à travers le développement des compétences ;
- développer les potentialités des professionnels et les aider à s'adapter aux changements en même temps qu'ils répondent aux objectifs institutionnels.

Pour cela :

« La gestion des ressources humaines doit être orientée vers les hommes et pas seulement vers les résultats économiques »¹³

1.1.5 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

« La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'action cohérents :

- *visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences,*
- *en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'effectifs à moyen terme, bien identifiés,*
- *et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnel. »¹⁴*

Les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ont été initiées dès les années 1980 dans le monde de l'entreprise pour gérer des restructurations industrielles passées ou à venir. En février 1989, par la circulaire relative au renouveau du service public elle fait une première entrée à l'hôpital :

« La gestion prévisionnelle est l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers, des qualifications et des politiques de gestion du personnel (recrutement, formation, mobilité, qualifications, promotions). »

¹³ ABBAD J. Op. Cit.

¹⁴ DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière* : « Le développement des ressources humaines » Tome 2, Editions ENSP

D'abord centrée prioritairement sur les personnels des services généraux et techniques, le champ de la GPEC s'est progressivement élargi à l'ensemble des services hospitaliers. En 1980 la première nomenclature des emplois types est élaborée, en 1998 un guide de la GPEC est publié, en 2004, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière est mis à disposition de tous les professionnels, par le ministère de la santé et de la solidarité.

Les enjeux de la GPEC sont à mettre en corrélation avec les objectifs de la gestion des ressources humaines :

- anticiper les «évolutions en identifiant les facteurs clés de changement de la structure en référence à ses missions et à ses objectifs ;
- faire face aux besoins en diagnostiquant les écarts par rapport aux ressources ;
- prendre en compte les aptitudes et les aspirations individuelles en permettant aux agents de trouver l'opportunité de développer leurs compétences, d'en acquérir de nouvelles et de progresser professionnellement.

Elle constitue donc un outil stratégique de la politique sociale de l'établissement Instrument d'aide à la décision, elle couvre deux dimensions :

- quantitative qui permet d'évaluer si les ressources humaines sont suffisantes, excédentaires ou déficitaires ;
- qualitatives qui permet d'adapter l'évolution des compétences aux postes de travaux présents et futurs.

Elle se décline en cinq étapes successives :

- l'analyse des métiers et emplois pour en établir une nomenclature,
- l'élaboration des référentiels de compétence,
- l'analyse de l'environnement socio-économique, organisationnel et technique susceptible de modifier à moyen terme le contenu des emplois
- la mesure de l'impact sur chaque type d'emploi,
- la mise en œuvre de plans d'action de gestion des ressources humaines.

1.2 Le processus de recrutement.

Le recrutement consiste en un ensemble d'opérations successives qui se déroulent dans un ordre déterminé afin de ne pas omettre ou de survaloriser une phase.

1.2.1 L'émergence du besoin.

Cette étape se déroule en plusieurs temps, elle est déterminante quant à la suite du processus. Le dimensionnement des effectifs repose sur plusieurs éléments : une évaluation de la charge de travail, l'identification de la qualification nécessaire.

La décision de recrutement, de plus repose sur la nécessaire vacance d'un emploi suite à un départ, une transformation ou une création de poste. Pour des périodes courtes et limitées dans le temps, de façon exceptionnelle le recours à un recrutement sur un poste non vacant pourra se faire par le biais d'un contrat de travail à durée déterminée.

La décision demande donc une analyse préalable : le poste doit-il être pourvu ? Le service a-t-il toujours besoin d'un agent ? La même qualification est-elle encore nécessaire ? Quel est l'écart mesuré entre le besoin et les ressources en métier et en compétences présents dans l'établissement ? Quels sont les moyens d'adaptation, de formation, de redéploiement, de mobilité ou de promotion avant de décider le recrutement ?

Enfin, l'organisation du concours devra donner lieu à la publication du poste par l'ensemble des moyens disponibles : affichage, Hospimob...

L'identification de la qualification nécessaire passe nécessairement par la définition des profils de fonction puis de poste. En effet, la description du métier recherché se révèle indispensable pour pouvoir mettre en adéquation les besoins de l'institution et les ressources des candidats. Pour cela, différents outils sont à mobiliser. Le ministère de la santé et de la solidarité, la direction de l'hospitalisation et des soins ont construit un répertoire des métiers qui tient lieu aujourd'hui de référence pour la construction de références professionnelles.

Le métier.

Il réunit

« un ensemble d'activités professionnelles, regroupant des postes ou des spécialités, pour lesquelles il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. »¹⁵

Le profil de fonction.

Il définit le travail à effectuer pour chaque catégorie professionnelle en précisant les principales missions. Il détermine les compétences ou les connaissances à posséder pour remplir ces missions. Il est commun à l'ensemble d'une catégorie professionnelle ou d'un

¹⁵ *Répertoire des métiers dans la fonction publique hospitalière*, DHOS, Ministère de la santé et de la solidarité, 2004.

métier. Il est transversal et concerne l'ensemble des agents de cette profession pour tout l'établissement. Il constitue une base professionnelle pour tous les personnels.

Le profil de poste.

Il décrit le travail dans le poste existant, il doit donc être le plus proche possible de la réalité. Il définit en terme de compétences le domaine d'action et de responsabilité, les qualités requises chez un agent pour un poste déterminé. Il constitue un répertoire des compétences nécessaires et recherchées ; ciblé sur un poste précis, il est spécifique.

L'appel à candidature.

Il est organisé en fonction du champ professionnel à prospecter et du public ciblé. Pour cela la diffusion se fera en interne comme en externe en fonction du poste, de la politique de mobilité, des potentialités et des compétences disponibles et recherchées, de la politique de promotion professionnelle arrêtée dans l'institution.

Ces outils sont les préalables indispensables à la formalisation de la procédure de recrutement. Ils permettent la définition des critères qui aideront au choix et constitueront un référentiel de compétences.

1.2.2 La candidature.

Le plus généralement elle se concrétise par trois éléments et parfois un quatrième : le premier contact téléphonique, la lettre de motivation, le curriculum vitae et le projet professionnel.

Le premier contact téléphonique.

Il objective la première relation entre le recruteur et le recruté potentiel. C'est le contact direct inaugural souvent déterminant qui fonde la première impression du candidat par rapport à l'institution qu'il a sélectionnée. De l'accueil qu'il a reçu, des réponses qui lui ont été données, dépendront grandement sa motivation lors de la suite de sa démarche, son engagement et le respect de celui-ci.

La lettre de motivation.

Elle constitue le support des raisons qui ont suscité la démarche du candidat. Elle dévoile certains éléments de la vie et de la personnalité du postulant. En l'écrivant puis en l'envoyant, il signe sa volonté de s'engager vis-à-vis d'un employeur.

Le curriculum vitae.

Document formalisé et normé, il se veut le reflet des compétences acquises et proposées par le candidat, de son parcours de formation ou professionnel. Précieux pour le recruteur, il permet dans un document synthétique et concis de se faire une première idée des potentialités proposées. Il constituera un des éléments majeurs de l'entretien de recrutement.

Le projet professionnel.

Il représente l'objectif professionnel qu'une personne souhaite atteindre à moyen ou à long terme et qu'elle veut confronter aux moyens et aux projets d'une entreprise. A partir des motivations et des compétences de l'intéressé, il cible le type d'emploi qu'il voudrait exercer et les moyens qu'il compte mettre en œuvre pour y parvenir.

Il représente

*« l'intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur. Cette intention se réalise par un trajet tenant compte des conditions de l'environnement et des événements prévus et imprévus de son histoire. Le projet se définit constamment et progressivement, il se rectifie par sa réalisation en cours. »*¹⁶

1.2.3 La sélection.

Elle doit permettre de garantir un recrutement en adéquation avec le besoin tel qu'il a été déterminé, dans les délais prévus. Elle doit respecter la procédure telle qu'elle a été définie au préalable ainsi que le cadre réglementaire.

Que la sélection se fasse en interne ou en externe la procédure sera la même et se déroulera en plusieurs étapes.

Le premier tri

Il consiste en l'analyse des motivations, des curriculums vitae et des projets professionnels. Cette première étape permettra de confronter les profils et les caractéristiques des postulants avec les exigences des postes à pourvoir. Cette sélection permettra de ne recevoir en entretien que les candidats susceptibles de convenir.

L'entretien de sélection.

C'est un exercice complexe qui ne peut être totalement objectif car il mobilise des relations humaines et laisse une part à la subjectivité et à l'intuition. Il nécessite de se

¹⁶ BOUTINET JP, *Anthropologie du projet*, Paris, Edition Presses Universitaires de France, 1990.

projeter dans l'avenir pour anticiper les évolutions des techniques de soins à venir dans l'établissement et les nécessaires changements d'emplois qui jalonnent le parcours professionnel.

C'est donc le moment clé de la procédure, en effet, il permet :

- de rechercher et de vérifier l'adéquation entre le profil du poste et celui du candidat,
- d'évaluer les motivations et le potentiel d'évolution du futur agent,
- de repérer ses valeurs,
- de présenter au postulant l'établissement et le poste à pourvoir,
- au candidat de présenter son projet professionnel, son histoire professionnelle et ses aspirations tant professionnelles que personnelles,
- de répondre aux questions éventuelles.

La présentation des profils de fonction et de poste permettra de prendre connaissance des particularités et des exigences du poste, d'évaluer s'il peut s'y conformer. Le renseignement du dossier type d'entretien de recrutement facilitera le recueil des informations nécessaires à la connaissance du candidat.

La décision.

Elle sera prise à la fin des entretiens selon des modalités définies au préalable et connues. Elle découle des différentes informations recueillies tout au long de la procédure, de la confrontation des opinions et des impressions, des intuitions et des subjectivités.

L'affectation.

Elle consiste à choisir et à désigner une personne pour un poste. Ce choix est fondamental car le plus souvent il sera déterminant pour la suite du parcours professionnel du candidat, mais aussi pour l'institution qui doit rentabiliser au mieux le recrutement.

Le dossier d'entretien, la synthèse des différents entretiens, les fiches de poste et de fonction, l'inventaire des postes disponibles permettront d'affecter l'agent en fonction des besoins de l'établissement, des compétences décelées, des potentialités repérées et de ses souhaits.

Cette décision est de première importance car de ce premier poste dans l'institution dépendra en grande partie la motivation et l'implication future. Symbole de l'efficacité de la gestion des ressources humaines : la nouvelle recrue, après une période d'adaptation doit apporter une réelle plus-value à l'institution, une valeur ajoutée et une augmentation des compétences et des performances dans l'équipe.

1.2.4 L'accueil : la prise de fonction, l'intégration.

L'accueil à l'hôpital a connu différentes phases: d'abord centré sur la personne malade il était synonyme de charité du 15^e siècle au début du 20^e siècle. Il a, par la suite, laissé la place au tout technologique jusqu'à la fin des années 1980, enfin aujourd'hui, il revient sur le devant de la scène avec le renforcement du droit des malades. Le renforcement de la qualité induite par l'évolution du patient devenu client, amène désormais l'hôpital à se poser plus encore la question de l'excellence de ses personnels et de la meilleure façon de la promouvoir, de la fidéliser. C'est ainsi que la dimension de l'accueil des personnels devient une question d'importance croissante :

« l'accueil n'est plus aujourd'hui limité aux malades et à leur famille. L'institution hôpital, pour préserver son niveau de développement et de compétence, doit également réfléchir à l'accueil de ses personnels, à leur intégration dans les rouages parfois complexes de l'établissement [...] C'est pourquoi, il convient de rappeler que l'accueil constitue une des valeurs fondamentales de la gestion des ressources humaines. »¹⁷

Traiter de l'accueil, c'est tout d'abord en donner une définition : d'origine latine il signifie avant tout : recevoir quelqu'un d'une certaine manière, recevoir et donner l'hospitalité à quelqu'un.

C'est de plus :

« Un acte ou une attitude capital qui permet à celui qui vient, d'entrer en contact avec celui qui est déjà là. »¹⁸

Afin de devenir un réel outil de gestion des ressources humaines il doit conjointement viser plusieurs objectifs.

D'un point de vue général il permet de :

- faciliter la prise de fonction,
- réduire la période d'apprentissage,
- permettre d'obtenir le maximum d'informations sur l'établissement, son organisation ; sur les droits et les obligations des agents et sur le fonctionnement du service.

¹⁷ MARTIN D., *Accueil, insertion pourquoi faire ?*, Gestions hospitalières, Mai 1995.

¹⁸ POLETTI R., *Valeurs professionnelles et éthique professionnelle*, Les soins infirmiers, Paris, Le Centurion 1983.

Au niveau de l'établissement il doit permettre à l'agent de se situer, de connaître le projet et ses valeurs afin de pouvoir y adhérer et y participer. Il relève de la responsabilité de la direction de l'établissement.

Au niveau du service, il doit permettre à l'agent d'acquérir rapidement les connaissances et les compétences spécifiques au poste qui lui est attribué. Formalisé, il accompagne méthodiquement et progressivement le nouvel arrivant. Il lui permet de se constituer des repères et de développer un sentiment de sécurité plus important par la mise en place d'un tutorat par un pair, sous la responsabilité du cadre du service.

Les enjeux restent néanmoins nombreux : pour de jeunes diplômés tout juste sortis du système de formation :

« La sortie du système scolaire et la confrontation au marché du travail constituent désormais un moment essentiel de la construction d'une identité autonome [...] Mais c'est de son issue que dépendent à la fois l'indentification par autrui de ses compétences, de son statut et de sa carrière possible et la construction par soi de son projet, de ses aspirations et de son identité possible [...] C'est de l'issue de cette première confrontation que vont dépendre les modalités de construction d'une identité professionnelle de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage ou mieux de formation. »¹⁹

C'est donc finalement au personnel en place de concevoir l'accueil des nouveaux soignants dans le cadre d'une action collective qui se renforcera d'elle-même

« 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. »²⁰

Cette action pourra prendre trois dimensions

L'une, organisationnelle, définit la prise en charge du jeune professionnel dans la dimension personnelle, professionnelle, et administrative.

La deuxième, matérielle, organise la réception que l'on réserve à la personne tant sur le plan des équipements, de l'hôtellerie que de l'environnement au travail.

Enfin, la troisième, comportementale tend à apporter les réponses à chacune des attentes, des demandes de la personne, à installer le climat de la communication. En

¹⁹ DUBAR C., *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1998

²⁰ BERNOUX P., *Sociologie des organisations*, Paris, Editions Le Seuil, 1983

effet, la condition première d'une bonne ambiance passe par la satisfaction du besoin chez chacun, de participer à la réalisation d'un objectif collectif.

De la qualité de l'accueil dépendra par la suite l'intégration de la nouvelle recrue selon deux dimensions et à deux niveaux.

- Au sein d'un groupe,

« l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoquant un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs. La difficulté consiste à concilier ces intégrations, chaque citoyen pouvant appartenir à plusieurs groupes. Ici encore, c'est le degré de cohésion de l'ensemble qu'il s'agit de mesurer. »²¹

En fonction des attentes des uns et des autres afin que chacun trouve et prenne sa place dans l'organisation,

« Ce sont ces besoins qui vont créer l'épanouissement personnel et pousser vers la recherche de l'efficacité personnelle (responsabilité, autonomie, perfectionnement et progression) [...] C'est peut-être dans ce sens que le développement de la personne est le plus important, il met l'accent sur la relation fondamentale qui existe entre le développement des hommes et l'efficacité des entreprises. »²²

- Au sein du service, les attitudes, l'ambiance, le climat qui règnent vont teinter la capacité de l'agent à se sentir en confiance et à s'exprimer, en effet :

« Le développement de la personne dépend essentiellement de la capacité d'échange avec le milieu, du volume des échanges, mais aussi de la qualité et de la cohérence de ces échanges entre la personnalité et les différents milieux. »²³

Ainsi, il se socialisera d'autant plus facilement et rapidement, s'intégrant au groupe qui l'a accueilli et intégré. En confiance, il prendra sa place dans la réflexion du collectif et pourra s'inscrire dans une dynamique d'action. Cette socialisation reposera sur quatre impératifs :

- la connaissance des valeurs et des normes et leur intériorisation,
- la coordination entre les acteurs,

²¹ GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, Paris, Edition Dalloz, 1994

²² BOSQUET R., *Fondement de la performance humaine dans l'entreprise*, Paris, Editions de l'Organisation, 1989.

²³ SEYRIEX H., *Zéro mépris*, Paris, Inter Edition.

- la poursuite de buts communs avec des objectifs définis et mis en œuvre,
- l'adaptation efficace au milieu qui assure l'adéquation des moyens aux buts poursuivis.

Ces préalables répondent à des impératifs dont

« Le besoin d'intégrer des actions individuelles dans une marche collective est un impératif universel de gestion [...] Il faut coordonner, mais sans étouffer pour autant, sans casser l'enthousiasme de chacun, ses désirs d'aller de l'avant, d'innover, de créer, sans le démotiver. »²⁴

1.2.5 L'encadrement et l'évaluation.

L'encadrement relève de l'art d'accompagner une personne pendant un petit moment, de l'aider à cheminer sur le chemin de l'apprentissage, de la connaissance d'un nouveau milieu, dans le cas du jeune professionnel le service d'affectation, de l'art de soigner ces personnes là, à cet endroit précis, avec ses collègues en particulier.

Il se décline en deux temps : la mise en place d'un tutorat puis l'organisation de l'évaluation.

Le tutorat, il concourt à l'atteinte de plusieurs finalités :

- accompagner l'agent dans sa découverte progressive,
- lui donner les informations nécessaires à la bonne exécution de son travail,
- répondre à ses interrogations,
- lui montrer les tâches à accomplir,
- lui préciser ce qui est attendu, dans quels délais,
- évaluer la progression en liaison avec le cadre du service.

Il est assuré par un pair, infirmier expert possédant une expérience qui lui permet de transférer ses connaissances au novice placé sous sa responsabilité.

L'évaluation, elle repose sur un postulat qui veut que les personnels représentent non seulement des ressources (uniques, rares et fragiles) mais aussi, et peut-être avant tout, comme possédant et apportant des ressources à l'institution (inépuisables, mobilisables et insoupçonnées). Elle représente donc une valeur ajoutée à protéger et à aider dans son développement dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.

Néanmoins elle doit permettre en plus de confirmer ou d'infirmer les potentialités décelées lors de l'entretien d'embauche.

Elle s'organise donc comme

²⁴ D'IRIVANE P., *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris, Editions du Seuil, 1989.

« une démarche qui vise à mesurer les résultats d'une action »,²⁵

et vise à porter un jugement de valeur sur les actes réalisés, les capacités d'évolution et d'adaptation, à déterminer la valeur humaine et morale de l'agent.

Elle représente donc un ensemble d'activités qui vont de la relation entre plusieurs individus, à l'observation, à la détermination de normes, à la recherche de critères, à un exercice de comparaison, à une mesure de la valeur de l'action.

Elle peut prendre deux formes : normative ou formative. Dans le cas présent, nous ne nous intéresserons qu'à sa dimension formative pour les jeunes professionnels.

« Pour être formative, l'évaluation doit permettre à la fois un renforcement, une correction et une régulation. C'est pourquoi nous la situons précisément à l'articulation entre le diagnostic sur les procédures de travail et le diagnostic sur les acquisitions effectuées ; elle représente cette opération qui met en relation la méthode et le résultat, fournit des indications sur la première par rapport au second, permet de prendre conscience de l'inadaptation de la démarche utilisée. »²⁶

Ainsi elle permet :

- de sécuriser donc d'augmenter la confiance en soi,
- d'être assisté donc de fournir des repères,
- d'informer sur les compétences attendues et les étapes d'acquisition,
- de dialoguer entre l'évaluateur et l'évalué,
- de renforcer un comportement positif face à l'objectif à atteindre,
- de connaître ses points forts et de repérer ses points faibles pour les corriger.

Cette approche formative de l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers devrait leur permettre d'évoluer, de mobiliser leurs compétences au service de l'institution et à leur propre bénéfice.

Placée sous la responsabilité du cadre de santé de proximité, cette période suivie d'évaluation permettra à celui-ci et à l'agent de faire le point sur la situation vécue et de définir des objectifs de progression pour guider le nouvel agent dans son apprentissage.

Elle doit se dérouler en plusieurs étapes :

- définir les missions de la fonction exercée,
- analyser les réalisations,
- identifier les écarts et en déterminer les causes,

²⁵ GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1994

²⁶ MERRIEU P., *L'évaluation en question*, Collection Pédagogies, Paris, ESF Editeur.

- isoler les activités exceptionnelles,
- envisager les perspectives d'avenir et les plans d'action.

Enfin elle impose de convenir d'indicateurs de qualité mesurables :

- le taux d'absentéisme,
- les réussites des objectifs,
- les activités exceptionnelles,
- la participation aux groupes de travail,
- l'impact sur le reste de l'établissement.

1.2.6 La mise en stage et la titularisation.

La fin de la période contractuelle et de l'admission au concours marque le début de la période dite de stage. Lorsqu'ils sont nommés stagiaires, les agents hospitaliers ne sont cependant pas encore assurés de la stabilité de leur emploi.

« En effet, ils sont nommés dans un emploi et ne sont pas titulaires du grade. »²⁷

« Le stage dans la fonction publique hospitalière est une période durant laquelle va être vérifiée l'aptitude de l'intéressé à exercer l'emploi afférent à son grade. Il appartient donc à l'établissement de faire connaître au stagiaire, au fur et à mesure du déroulement du stage, son appréciation sur sa manière de servir, conditionnant par là son éventuelle titularisation. »²⁸

La titularisation marque quant à elle réellement l'ouverture du droit à la carrière pour l'agent. Elle constitue donc un acte lourd de conséquence car elle confère

« un titre permanent dans le grade donnant vocation à occuper un emploi correspondant »²⁹

La décision est prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis de la commission administrative paritaire compétente. Cette décision en forme d'arrêté confère à l'agent le titre de fonctionnaire à part entière et lui octroie un grade dans la hiérarchie qu'il conservera toute sa carrière, sauf avancement, ou sauf à être radié pour un des motifs de cessation de fonction. En général, la carrière prend fin lors du départ à la retraite. Seules des situations graves peuvent rompre la carrière mais demeurent toutefois exceptionnelles.

²⁷ CLEMENT J., *Le fonctionnaire hospitalier*, Paris, Edition Berger-Levrault, 1989.

²⁸ Circulaire DH/DAS n°95-11259 du 10 mai 1995.

²⁹ CLEMENT J., Op. Cit.

Devant la gravité et l'importance que revêt la décision de titularisation, celle-ci nécessite de la part de la direction des soins et de la direction des ressources humaines une réflexion d'ordre éthique.

« En effet, aujourd'hui, l'éthique dépasse le cadre traditionnel de la pratique individuelle ou collective des équipes soignantes : l'évolution hospitalière, en matière de qualité des soins et de droit des patients, intègre une dimension éthique en matière de gestion des ressources humaines. »³⁰

Un tel mode de réflexion dans la décision de titularisation, dépasse donc l'aspect statutaire et réglementaire : tout en plaçant le malade au cœur de l'action, il permet de moduler une gestion affective par une analyse de situation plus fiable et plus objective.

En effet, envers les patients, les directions ont le devoir de sécurité et de garantie d'une qualité optimale de soins, donc d'exigence de qualité envers les professionnels. Au delà de l'opportunité économique de la titularisation, une réflexion fondamentale, approfondie et consensuelle à propos de la validité de l'argumentation finale est donc indispensable. Elle suppose d'y associer les cadres de santé en regard de leurs missions directes ou indirectes .au sein des services de soins.

1.3 La communication.

C'est à partir d'une communication bien orchestrée que la fidélisation pourra devenir réalité tant pour l'hôpital que pour le recruté qui aura alors en main tous les éléments de connaissance à même de l'aider à s'intégrer.

Le verbe communiquer peut revêtir plusieurs sens. Il veut tout d'abord dire :

« Faire passer quelque chose d'un objet à un autre, d'une personne à une autre ; transmettre ; donner connaissance, faire partager à quelqu'un. »³¹

Mais on peut aussi :

« Communiquer sur quelque chose, le faire connaître au public par l'intermédiaire des médias. »³²

1.3.1 Les enjeux de la communication.

A travers ces définitions nous voyons que les enjeux de la communication sont multiples. Pour ce qui nous concerne la communication ne trouvera sa raison d'être que si elle

³⁰ PERREAU-SAUSSINE MA., *Le Directeur et l'éthique à l'hôpital*, Mémoire EDH., ENSP, 1998.

³¹ Dictionnaire Larousse, Paris, Editions Larousse, 2003

³² Dictionnaire Larousse, Op. Cit.

permet de faire connaître l'institution, ses points forts, ses qualités, d'attirer les meilleurs professionnels et de les garder.

« Toute performance ne prend une dimension que si elle est connue. Rien ne sert de produire un service de qualité si le public en ignore l'existence. Dans l'optique marketing, savoir faire et faire savoir sont indissociables : on crée bien en fonction des exigences de la demande, mais pour que celle-ci se développe, encore faut-il que toute une publicité soit organisée autour de la création du produit. »³³

Pour cela une stratégie de diffusion devra être développée et la présence de l'hôpital devra être marquée à l'occasion d'opérations portes ouvertes, de foires et de salons, par la diffusion de plaquettes et de brochures, de vidéos, par la création d'un site sur Internet apportant des renseignements, des informations, des réponses aux questions sur l'organisation et la vie de l'hôpital.

1.3.2 La communication à l'hôpital.

Appuyée sur le projet d'établissement la communication permettra de présenter les actions développées et en cours de réalisation, mais surtout, elle veillera à promouvoir les projets médicaux et de soins, mais aussi, s'appuyant sur le projet social, les conditions de travail et de vie à l'hôpital.

Elle place donc l'homme au cœur de ses préoccupations : le patient et sa famille, mais aussi le professionnel que l'hôpital recrute, qu'il fait travailler, et pour lequel il a des exigences mais aussi pour lequel il doit prévoir et proposer un avenir.

Ainsi, l'hôpital se révèle un système complexe, au sein duquel, l'information, la communication et la connaissance sont les clés du système de pilotage. Ils donnent existence et cohérence au système. C'est ce partage de connaissances et ce processus d'ajustement qui permet la production du sens collectif.

1.3.3 Les valeurs communes incontournables.

Pour atteindre ces objectifs, les possibilités sont multiples et peuvent se concrétiser à travers les projets et la place que pourront y prendre les professionnels qui les feront vivre, les plans de formation qui permettront l'acquisition de nouvelles compétences, la découverte de nouveaux métiers.

« Respecter les hommes dans le contexte des contraintes de tous ordres s'avère une démarche difficile. Au sein de l'institution, cela passe par une philosophie et

³³ LEBEUX C., *Gestions Hospitalières*, n°430, Novembre 2003

une politique générale qui doivent associer tous les décideurs [...] au niveau des professionnels, il en va de la considération que l'on a des autres et du patient. »³⁴

Donner toute leur place aux hommes passe donc nécessairement par la manière dont l'action collective sera à la fois pensée et mise en pratique. Cela requiert un ensemble de représentations partagées par les membres d'une organisation qui leur permet d'échanger et de communiquer. Cette communication doit pouvoir entrer suffisamment en résonance avec le système de valeur de chacun des acteurs pour que ceux-ci souhaitent et puissent agir pour organiser leurs pratiques collectives et ce, en conformité avec les buts et la dynamique de l'organisation. L'intégration du personnel passe par la communication afin de lui permettre de s'inscrire dans un système de valeurs et de projets, de donner du sens et de construire des finalités partagées.

« Les hommes et les femmes de l'entreprise doivent être associés au maximum à cet effort prospectif, car ce qui importe dans l'univers complexe de l'entreprise, c'est que chacun soit porteur du tout, à l'image d'un hologramme. »³⁵

2 LA RENCONTRE AVEC LES ACTEURS.

Guidé par notre travail de recherche théorique, la rencontre avec les acteurs va nous permettre de confronter les concepts découverts à la représentation que se font les acteurs du processus de recrutement et surtout à ce qu'ils en disent. Nous analyserons ces résultats et tenterons de mettre en lumière les écarts entre l'offre d'emploi proposée par les institutions par la voie des professionnels qui y travaillent, et la demande de travail exprimée par les nouveaux diplômés. A l'issue de cette analyse, les éléments dégagés nous permettront de formuler une réponse aux hypothèses formulées.

2.1 Le cadre de l'étude.

Nous avons choisi pour mener ce travail d'enquête dans un premier temps dans deux centres hospitaliers afin de recueillir des expériences différentes dans des contextes dissemblables mais néanmoins comparables. En effet les deux établissements, distants de moins de cent kilomètres sont de taille comparable, et accueillent à proximité un institut de formation en soins infirmiers. Ils ne subissent ni l'un ni l'autre l'attraction d'un centre hospitalier universitaire, ils sont considérés comme centre de référence dans le bassin de santé dans lequel ils sont implantés.

³⁴ BEAUDET-POUPLIER A., *Gestions Hospitalières*, n°430, Novembre 2003

³⁵ GENELOT D., *Manager dans la complexité*, Paris, INSEP Editions, 1992.

Après un premier dépouillement nous sommes allés au cours de notre dernier stage de formation, vérifier nos conclusions auprès des professionnels dans le cadre d'une nouvelle série d'entretiens.

2.2 Méthodologie.

La démarche que nous avons utilisée a comporté deux aspects.

Le premier a consisté pendant notre premier stage, en l'observation et la participation à différentes étapes du processus de recrutement. Nous avons ainsi pu assister :

- à des réunions entre les directeurs des ressources humaines pour déterminer le nombre de recrutements ou effectuer un choix parmi différents candidats ;
- à des rencontres avec les cadres de santé pour valider des affectations ;
- à des entretiens de recrutement menés par les directeurs des soins.

Au cours du deuxième nous avons réalisé des entretiens semi directifs auprès des acteurs impliqués dans la procédure de recrutement et auprès de professionnels recrutés depuis moins de deux ans.

Les observations avaient pour objectif d'identifier les pratiques existantes, le rôle et l'implication de chacun. Les entretiens visaient quant à eux à repérer la perception des différents acteurs de la procédure de recrutement et de mettre en lumière les écarts entre les vécus de chacun.

2.3 Les entretiens avec les professionnels.

2.3.1 Choix de la population.

Nous voulions rencontrer tous les acteurs intervenants dans le recrutement : de l'émergence du besoin à la décision de titularisation.

Nous avons donc rencontré dans les trois établissements publics de santé :

- au niveau de la direction, les directeurs, les directeurs des ressources humaines et les directeurs des soins.
- au niveau de services de soins, les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé.
- au niveau des agents, des infirmiers recrutés depuis moins de deux années car c'est au cours de ces deux premières années que la mobilité est la plus importante.

2.3.2 Choix des outils.

Nous avons construit des outils de recueil spécifiques à chaque catégorie d'acteur que nous avons rencontrée. Construits selon une trame identique pour en faciliter le dépouillement et l'exploitation, ils exploraient cinq domaines à travers la vision personnelle de chacun (annexe n°1):

- la procédure de recrutement : ses étapes, les précautions à prendre, la place des acteurs ;
- les valeurs communes à partager qui peuvent contribuer à étayer la décision de recrutement ;
- les aspects statutaires à travers la gestion des ressources humaines et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- le rôle des différents acteurs institutionnels, le champ de compétence qui leur est attribué ;
- les propositions que chacun pouvait faire par rapport à des propositions d'amélioration ou vis-à-vis des motivations des candidats.

Les thèmes à aborder étaient naturellement évoqués au cours d'entretiens semi directifs, sans ordre prédéfini : les grilles n'étant que support et aide mémoire, les questions ne servant que de relance.

2.3.3 Taille de l'échantillon.

La taille des échantillons nous a été dictée par le nombre de nos terrains de stage, la taille des établissements qui nous ont ouvert leurs portes et la disponibilité de nos interlocuteurs pendant le temps dont nous disposions. Nous avons ainsi rencontré :

- trois directeurs, chefs d'établissement ;
- deux directeurs des ressources humaines ;
- quatre directeurs des soins ;
- deux cadres supérieurs de santé ;
- six cadres de santé ;
- huit infirmières.

L'échantillon ainsi obtenu rassemble vingt cinq personnes, non représentatives de chacune des professions, dans un cadre de travail qui ne visait pas à l'exhaustivité. Cependant, il donne un aperçu des images que chacun se fait de la place qu'il occupe où croit occuper dans le processus.

2.3.4 Réalisation des entretiens.

Les entretiens se sont tous déroulés selon la même procédure. L'enregistrement et la prise de notes nous ont permis de recueillir l'exhaustivité des propos tout en nous permettant de rester concentré et disponible pour guider l'entretien.

Le choix des professionnels de santé a été négocié avec les directeurs des soins, les cadres supérieurs et les cadres de proximité pour chaque fois le « n-1 ». Chaque entretien a fait l'objet d'un rendez-vous permettant de donner une disponibilité d'une heure chaque fois. Lors de chaque entretien, l'objet d'étude a été présenté, le contexte du travail précisé, l'anonymat garanti.

2.3.5 Exploitation.

Chaque entretien fera, dans les quarante-huit heures, l'objet d'un dépouillement exhaustif et d'une retranscription selon nos cinq thèmes d'exploration.

L'exploitation par thème visera à dégager les points communs et les points de désaccord entre nos différents interlocuteurs, par catégorie et entre catégorie. Puis nous tenterons d'évaluer les écarts, d'en comprendre les raisons et enfin de proposer des pistes de réflexions pour les éviter, les réduire et en atténuer les effets.

2.4 Résultats des entretiens.

Avant de présenter les résultats de nos entretiens de façon globale, il nous semble important de relater la remarque qui a ouvert la totalité de ceux-ci. En préambule à chacun des entretiens l'ensemble de nos interlocuteurs nous exprime le même sentiment :

« On peut noter tout d'abord que le rapport au travail a évolué depuis quelques années : les conceptions de travail sont différentes avec une priorité donnée à la qualité de vie personnelle et une moindre implication dans la vie institutionnelle. Cela entraîne moins de souplesse dans l'organisation et moins de disponibilité, une diminution des capacités d'adaptation. »

2.4.1 La procédure.

Nous avons choisi d'explorer la procédure à partir de trois questions principales qui ont permis de structurer l'entretien :

- Les étapes du processus de recrutement.
- Les précautions à prendre pour garantir le succès du recrutement
- Les acteurs incontournables.

Le tableau suivant présente une synthèse de la façon dont chacun la fait vivre dans sa pratique professionnelle.

Procédure	Existe		Ecrit		Connue des acteurs								Mise en œuvre par les acteurs							
	Oui	Non	Oui	Non	DG	DRH	DS	Med	CSS	CS	IDE	ND	DG	DRH	DS	Med	CSS	CS	IDE	ND
CHR	+		+		-		+	-					-		+	-				
CHM	+		+		-	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-
CHF	+		+		+	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-

Pour les chefs d'établissement :

« La politique de recrutement n'a jamais été définie ; il n'y a pas de démarche d'anticipation structurée, pas de démarche commerciale pour promouvoir l'hôpital

à l'extérieur. Chacun travaille de son côté dans l'ignorance de ce que fait son voisin au sein de l'institution comme en dehors. »

Il n'existe pas de politique institutionnelle de recrutement des professionnels, ou ils n'en n'ont pas connaissance. Dans tous les cas, ils n'ont pas jugé nécessaire ou pris le temps d'en définir une. Ils ont délégué cette responsabilité au directeur des ressources humaines et au directeur des soins pour les personnels de paramédicaux.

Pour les directeurs des ressources humaines :

Ils sont positionnés en responsabilité, les procédures de recrutement sont établies et reposent avant tout sur le respect des différents acteurs intervenant dans le processus et la mise en place d'une politique de recrutement commune. Avec leurs collaborateurs, ils prennent en charge les aspects administratifs du recrutement :

- vacances de postes,
- constitution du dossier lors de l'embauche,
- aspects juridiques de la gestion des contrats, renouvellement de contrat,
- critères de mise en stage.

Ils organisent la journée d'accueil pour l'ensemble des personnels recrutés en partenariat avec la direction des soins.

Dans un hôpital, ils reçoivent les candidats et leur expliquent les règles d'intégration dans la fonction publique hospitalière, les droits et les devoirs du fonctionnaire, le déroulé de carrière, la constitution du salaire.

Pour les directeurs des soins :

Tous les candidats sont reçus par le directeur des soins et aussi souvent que possible le Cadre Supérieur de Santé responsable du secteur dans lequel il y a un poste disponible. L'entretien de recrutement est basé sur les représentations du métier. Au cours de celui-ci un poste est proposé sur la base de la négociation.

Puis le dossier du candidat retenu est présenté au DRH. A l'issue de cette concertation la procédure administrative se met en route. Elle est totalement dirigée par la DRH., un entretien est alors programmé pour organiser le recrutement administratif. Dans un deuxième temps, un entretien est organisé avec le cadre supérieur du secteur concerné. Ensuite, c'est le CSS qui prend le relais : il présente le secteur. En général, il n'y a pas de procédure, chacun organise la présentation comme il le veut.

Dans les services, quand cela est fait, c'est le cadre de santé qui organise la présentation. Il n'existe pas de procédure là non plus.

Les outils de sélection ne sont pas construits. Bien sûr, il en faudrait, ils sont nécessaires mais en période de pénurie ils ne sont pas utiles. Il est préférable de rechercher des potentialités de développement pour les valoriser au mieux dans un poste bien adapté.

Il n'existe pas de dispositif d'intégration formalisé, mais un «guide d'intégration d'un nouvel agent en service de soins » a été élaboré (en 2004) dans le cadre de la démarche qualité. Il est destiné aux cadres supérieurs, cadres de santé et aux tuteurs et précise le rôle de chacun. Au sein de ce dispositif, une place très importante est donnée au respect du choix de l'affectation en fonction des souhaits exprimés par le candidat et en lien avec le stage pré professionnel.

Pour les étudiants, dès le stage pré professionnel, et pour tout candidat extérieur, la rédaction par écrit du projet professionnel est exigée.

Le suivi de l'agent est organisé dans le temps : toutes les informations collectées à l'embauche sont rassemblées dans un dossier individuel gardé à la direction des soins et actualisé par le DS au fur et à mesure des évaluations et des entretiens successifs qui jalonnent le parcours professionnel de l'agent. A trois mois, une évaluation par le cadre de santé et le CSS est organisée autour d'un entretien formalisé à partir d'une grille commune. Tous les jeunes arrivés sont doublés pendant quinze jours quand l'effectif le permet.

Pendant la période de CDD puis pendant l'année de stage, un accompagnement mensuel est mis en place par le cadre du service.

Dès l'embauche, une procédure d'adaptation à l'emploi est mise en place formation en:

- hygiène,
- hémovigilance,
- lutte contre la douleur.

Une journée d'accueil est organisée pour tous les nouveaux embauchés de toutes les catégories professionnelles, deux fois par an. Malheureusement, le rythme n'est pas toujours suivi.

La mise en stage intervient à la fin de la première année. Par courrier, la DRH communique à la DS la liste des personnes susceptibles d'être mises en stage en fonction des postes budgétaires vacants. La DS donne alors son accord ou demande le report après avis de l'encadrement.

Pour les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé.

Plusieurs questions préalables sont évoquées par les cadres supérieurs de santé.

- Les entretiens ne sont-ils pas le plus souvent discriminants car basés sur des préjugés ? Cependant, il est à noter que en règle générale, l'entretien d'embauche est moins discriminatif pour les infirmières que pour les autres catégories de personnels.

- A partir de quel instant, l'évaluation bascule-elle du constructif au destructif ?

Le principal problème de l'accueil est qu'il n'est pas organisé.

La procédure n'est pas structurée : l'entretien avec le directeur des soins et le cadre supérieur de santé n'est pas systématique.

« Je vois arriver des infirmières que je n'ai jamais vues auparavant, mais cela ne me pose pas de problème car j'ai totale confiance en le directeur des soins. »

Si il y a échec dans le recrutement, le CSS ne peut pas toujours intervenir à temps, il n'en n'a connaissance qu'en cas de problème : à la fin.

Le profil de l'agent souhaité n'est pas préparé : il n'existe pas de profil de poste écrit. De ce fait, il résulte un manque d'harmonie dans le recrutement entre le cadre de santé, le CSS et le Directeur des soins. Le plus souvent, pour préserver les différents avis, l'affectation est discutée après l'entretien. Dans le choix, le stage pré professionnel est déterminant : il permet au service infirmier de connaître les candidats, leurs potentiels et leurs capacités. Le CS en règle générale n'est pas consulté pour l'affectation.

Suite au stage ou aux entretiens, si le cadre du service ne veut pas du candidat, il ne lui est pas imposé.

L'accueil : dans le service, c'est le cadre de santé qui l'organise comme il le veut. Le nouvel infirmier est présenté à l'équipe. Il n'existe pas de tutorat, il n'est pas toujours doublé ou seulement pendant quelques jours (l'effectif ne le permet pas). Une formation d'adaptation à l'emploi est organisée dans chaque service, elle est dispensée par les médecins.

Le CSS n'a pas connaissance du contenu de cet accueil, ni de son déroulement.

Il est « teinté » par le passé de formation du nouvel infirmier quand il est connu.

L'évaluation des agents en CDD est faite par les cadres des services, à partir de compétences générales et non spécifiques au service d'affectation, sauf pour quelques points. L'entretien se déroule avec le CSS, et de temps en temps avec le directeur des soins.

En cas d'erreur d'orientation dans le recrutement, le CSS porte une part de responsabilité qui doit se positionner plus fortement par rapport à ses besoins.

Les cadres de santé ont une vision concordante avec celle de leur hiérarchie. Mais elle diffère sur quelques points.

Les postes paraissent à l'affichage

La première rencontre avec le candidat a lieu sur rendez-vous avec le Directeur des Soins. Le CS a la possibilité de donner un avis si la personne est passée en stage et est donc connue. Le plus souvent, son avis est pris en compte.

Lors de l'entretien dans le service, différentes questions sont abordées :

- la présentation personnelle,

- le parcours professionnel ou de formation,
- les expériences,
- la présentation du service proposé, les missions,
- les soins et l'organisation du travail,
- la conception du travail et des soins,
- ce qui est attendu,
- les collègues, le planning,
- la visite du service et la présentation au CS sont prévus, les conditions de travail : vestiaire, tenue, repas...sont évoqués.

La prise de poste, quand le roulement le permet, se fait :

- en doublure du soir pendant 3 ou 4 jours,
- l'évaluation dans les jours qui suivent la prise de fonction est proposée de façon informelle et selon les disponibilités des uns et des autres,
- un mois et demi après la prise de poste un temps d'évaluation est organisé.

La mise en stage se fait suite à un entretien, avec le CSS si il y a des problèmes et que le besoin d'un autre regard semble nécessaire.

2.4.2 Les valeurs communes, les projets partagés.

Pour les directeurs d'hôpitaux : c'est autour du projet de soins que toute la stratégie de l'hôpital doit se construire : le projet d'établissement puis toutes ses composantes.

Le projet de soin est composé du projet médical et du projet paramédical. L'objectif premier qui légitime notre travail, c'est de soigner. Ce sont avant tout les médecins et les paramédicaux qui soignent. C'est donc sur eux que repose notre activité. Ils doivent donc avant tout se mettre d'accord autour d'un projet de soins commun et partagé. Il n'est pas concevable que chacun réfléchisse de son côté et propose des projets sans liens, n'allant pas dans la même direction.

Pour les directeurs des soins : le recrutement ne se fait pas autour de valeurs partagées. Cependant, les conceptions de soins à travers l'expression des priorités de soins, sont explorées lors de l'entretien de recrutement.

L'attraction des futurs diplômés a lieu surtout grâce à

- l'allocation d'étude,
- le raccourcissement et l'engagement sur le délai de mise en stage : un CDD de 1 an avec une période d'essai de 3 mois, suivi de la mise en stage,
- le démarchage pendant la formation à l'IFSI : présentation du service infirmier et mise en place du stage pré professionnel rémunéré avec un engagement de l'étudiant vis-à-vis de l'institution.

Dans la mesure du possible, les souhaits d'affectation des nouveaux recrutés sont respectés dès l'embauche. Si cela ne s'avère pas possible, l'engagement, toujours respecté, d'y accéder est pris par la direction des soins.

Les raisons qui motivent les arrivées et les départs sont le plus souvent des raisons familiales : le suivi des conjoints. Le projet de vie est le plus souvent prioritaire.

Tous arrivent avec des souhaits de services. Ils ne connaissent pas l'établissement, surtout s'ils arrivent de l'extérieur. Ils n'ont pas de conception élaborée des soins.

C'est essentiellement la rumeur, la réputation de l'hôpital qui attire ou repousse les candidats qui accordent beaucoup d'importance à l'ambiance rapportée par les collègues.

En tout état de cause, on constate que quoi que l'on mette en place, ces jeunes sont très mobiles.

Pour les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé : les valeurs professionnelles ne sont pas explorées lors de l'embauche.

Pour le candidat les valeurs sont aujourd'hui inversées : les valeurs personnelles et privées supplantent les valeurs professionnelles. L'institution n'est pas préparée à ce nouveau profil de professionnels.

L'institution doit se poser la question des attentes de ces infirmières et évaluer les écarts entre l'offre d'emploi et la demande d'emploi.

Pour cela un gros travail reste à initier entre le directeur des soins, les CSS et les cadres de santé pour les trois étapes du recrutement, de la mise en stage et de la titularisation.

L'institution, représentée par le directeur des soins, recherche et met en avant plusieurs critères dans le recrutement :

- l'ouverture d'esprit,
- une grande capacité d'écoute,
- une expérience de vie porteuse de richesses,
- une certaine capacité de remise en cause.

Pour le Directeur des Soins, le recrutement se fait sur la base des valeurs développées dans le projet de soins qui le plus souvent ne sont pas connues des postulants.

Mais que met-elle en place en face ? Elle infantilise, elle cadre sans laisser d'espace de création ; elle ne sait pas prendre en compte la dimension personnelle et individuelle.

Le candidat, de son côté recherche une chose en priorité : être considéré comme une personne adulte.

Les recrutés apprécient la qualité de l'accueil à tous les niveaux de la hiérarchie lors des entretiens. Leurs causes de mécontentement sont le plus souvent liées à des mauvaises affectations qui ne correspondent pas à leurs souhaits, à des problèmes de compétence ou de valeurs, quand ils n'arrivent pas à s'intégrer dans l'équipe.

2.4.3 GRH/GPEC

Pour les directeurs, pas de travail prévisionnel systématique. La GPEC n'est pas formalisée et ne fait pas l'objet d'un travail ni d'outils de suivi spécifiques. Le travail de projection systématique de l'avenir des différents métiers n'est pas organisé entre la direction des ressources humaines et la direction des soins.

Il existe seulement une procédure de présélection des futurs cadres faisant fonction.

Pour les directeurs des soins, la GPEC est très peu développée. Il n'y a pas d'anticipation des emplois.

Pour les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé, la GPEC n'existe pas. Le plus souvent soit ils n'en ont jamais entendu parlé, soit ils ne l'ont jamais vue mise en œuvre ou expérimentée.

2.4.4 La place des acteurs.

A) Le directeur.

Le directeur de l'établissement : il n'a pas défini de politique de recrutement institutionnelle.

B) Le directeur des ressources humaines.

Les candidatures sont envoyées au DRH qui gère les questions administratives.

Il n'y a pas de difficultés avec la DRH : les rôles de chacun ont été négociés, l'accord tient toujours.

Le DRH : il organise le recrutement administratif.

Le DRH n'est pas impliqué dans le choix. Il donne un accord uniquement par rapport aux aspects financiers. Il n'intervient jamais dans la décision d'affectation.

Le DRH : c'est le premier recruteur dans la mesure où c'est lui qui décide de l'ouverture du poste. Il gère les aspects financiers, administratifs, la gestion des carrières. Il n'est par contre pas compétent pour l'évaluation des capacités professionnelles. Et il respecte les choix du directeur des soins.

C) Le directeur des soins.

Les profils sont élaborés par le directeur des soins en fonction des besoins déterminés au préalable.

Le DS propose l'affectation conformément à la législation.

C'est le directeur des soins qui décide et propose l'affectation au CSS et au CS.

D) Les cadres de santé.

C'est le cadre de santé de proximité qui accueille et présente le service. Le CSS ou le CS peuvent refuser l'affectation en regard de la connaissance qu'ils ont du candidat et en argumentant fermement leur point de vue.

E) Les pairs.

Ils encadrent les collègues nouvellement recrutés le temps où ils sont placés en doublure, puis restent personnes ressources aussi longtemps que nécessaire. Ils sont consultés par le cadre du service avant chaque évaluation.

F) Les médecins.

Pour ce qui concerne le recrutement des personnels non cadres, ils ne sont pas consultés sauf pour les services très spécifiques : à haute technologie ou nécessitant des compétences particulières : la réanimation et la psychiatrie.

Les médecins ne sont pas consultés dans le recrutement des personnels. Ils interviennent très peu dans le processus de recrutement, ils connaissent les difficultés. Ils se montrent coopératifs et solidaires.

Ils repèrent les stagiaires pendant les stages et signalent spontanément ceux qui leur semblent performants. Parfois, ils rencontrent les nouveaux arrivants, mais en général ils se rangent à la décision prise par la direction des soins : ils font confiance. Ils sont tenus informés des choix par les cadres de santé.

Ils sont consultés lors de l'évaluation mensuelle avant la mise en stage et pendant cette période.

Les médecins quand ils se sentent impliqués et concernés, sont consultés lors de la définition du profil. C'est une collaboration qui débute seulement (sauf dans le service de soins palliatifs). Il arrive que ce soit eux qui interpellent le CS ou le CSS quand ils apprennent un mouvement.

Le médecin : il est tenu informé du nombre de postulants, de la mise du poste à la vacance, de l'arrivée d'un nouveau professionnel.

2.4.5 Le vécu des professionnels recrutés.

Procédure :

Ils ont toujours adressé un courrier de demande d'emploi au directeur des soins

Après une première réponse rapide par téléphone, le rendez-vous a été confirmé par courrier.

Le premier contact a été très favorable : aimable et très courtois.

Lors du rendez-vous, plusieurs sujets ont été abordés :

- un exposé de la carrière et un bilan des expériences précédentes,
- un exposé des motivations,

- les secteurs ou services souhaités.

Le premier jour de travail, le jeune professionnel :

- a été placé en doublure pendant trois semaines,
- n'a pas eu d'infirmière référente de désignée et ne pense pas que cela se fasse,
- a surtout observé l'activité et l'organisation, n'a fait que peu de choses seul,
- a été très bien accueilli surtout par le cadre et par les aides soignantes,
- à reçu des infirmières un accueil plus réservé ; il pense que celles-ci voulaient évaluer ses capacités de nouvelle collègue avant de pouvoir se montrer plus avenantes.

Dans les jours et les semaines qui suivent la prise de fonction, des points réguliers ont eu lieu avec le CS du service, à la demande de l'un ou de l'autre.

Pour changer de service, les choses ont été simples et rapides : un rendez-vous avec le CS pour expliquer la situation, puis négociation entre cadres. Puis la direction des soins a décidé d'une nouvelle affectation.

Une journée d'accueil est programmée.

Dans le deuxième établissement, un rendez-vous lui a été proposé rapidement avec le DS et un CSS. Au cours de l'entretien ont été abordés :

- son projet professionnel. Il a trouvé cette demande de fournir un projet professionnel écrit sans intérêt car il n'avait qu'une idée trop vague de l'orientation qu'il voulait donner à son parcours professionnel. Il manquait de connaissances sur les possibilités offertes.
- ses souhaits par rapport au secteur d'activité ou au service dans lequel il souhaite travailler,
- a été fait un état des lieux de son parcours de formation.

Le plus souvent il a d'abord été embauché sur un remplacement dans le service qu'il souhaitait, puis a postulé sur ce même poste quand il est paru à la vacance.

Il n'a été affecté qu'après une évaluation par le cadre du service et un entretien avec le DS et le CSS.

Il a ensuite rencontré le DRH. Il ne garde pas un souvenir positif de cet entretien dont il pense qu'il est nécessaire mais dont il ne garde pas de souvenir précis. Il ne correspondait pas à ses préoccupations du moment.

Le DS lui a ensuite demandé de rencontrer le cadre du service dans lequel il est affecté.

Un rendez-vous a été programmé au cours duquel ont été présentés :

- le service,
- les professionnels présents ce jour là,
- le planning.

Le premier jour, le souvenir est celui d'un stress important devant la responsabilité d'être pour la première fois en situation de responsabilité :

Il a été ensuite positionné en doublure pendant deux semaines.

Il n'a pas eu de formation d'adaptation à l'emploi.

Avant la mise en stage il n'a pas eu d'évaluations systématiques, uniquement une avant la décision.

Valeurs communes :

Il a été recruté par voie de mutation pour raison familiale : rapprochement du conjoint et installation dans la région. De plus, il n'arrivait pas à changer de secteur d'activité alors qu'il ne s'adaptait pas dans celui où il travaillait.

A son arrivée il a été affecté en service de médecine, dans un secteur non souhaité par manque de poste dans le secteur désiré, mais avec l'engagement de la direction des soins de lui proposer un poste conforme à ses espérances dès que possible et de réévaluer la décision plus vite en cas de besoin.

Des difficultés d'adaptation se manifestant au cours des trois premiers mois, un entretien de bilan est programmé avec le DS et le CSS et le CS. Un autre poste est proposé dans le secteur choisi initialement. Depuis, pas de problème.

Il a envie de rester aujourd'hui pour le travail qui est intéressant et qui lui permet de se faire plaisir, de plus, il arrive à concilier travail et vie de famille.

Après le diplôme, il a postulé à l'hôpital car il est originaire de la région et souhaite y rester. Par précaution, avait postulé sur d'autres centres en envoyant là aussi des courriers.

Il ne connaissait ni le projet d'établissement ni le projet de soins, ni aucun des projets de service.

Pour ce qui concerne le choix du service, ses motivations sont liées à la formation et aux stages effectués : un service qu'il connaissait et dont il gardait un bon souvenir, dont la spécialité l'intéressait

Sinon, il serait parti dans le privé pour des raisons financières.

Plusieurs raisons le font aujourd'hui rester : mais surtout la stabilité de l'emploi. Dans l'avenir, il souhaite changer d'activité car il trouve que les responsabilités qui pèsent sur les épaules des IDE sont de plus en plus lourdes et difficiles à supporter. Il a l'impression de prendre des risques sans être suffisamment couvert. A son avis c'est un problème de positionnement entre les IDE et les médecins. Il pense changer de service assez rapidement maintenant, cela fait 4 ans qu'il y travaille et désire découvrir autre chose. Dans un avenir plus ou moins proche, en fonction de ce qui lui sera proposé, il pense s'orienter vers une activité libérale.

GRH/GPEC :

Les jeunes professionnels recrutés ne savent pas ce qu'est la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ils n'en n'ont jamais entendu parler.

Place des acteurs :

Le DRH : il présente :

- l'établissement,
- le fonctionnement de l'institution,
- l'organigramme et les fonctions des principaux acteurs,
- le statut, les conditions de travail, le salaire,
- le déroulé de carrière.
- le salaire et la façon dont il est calculé.

Le cadre de santé : c'est lui qui accueille dans le service. Au cours d'un entretien sont abordés :

- le parcours professionnel,
- le CS présente le service et le fait visiter,
- il présente les professionnels présents,
- le déroulement des soins dans la journée,
- l'organisation du travail.

2.5 Analyse et synthèse des entretiens

Les deux tableaux ci-dessous présentent de manière synthétique les éléments principaux ressortis des entretiens avec les acteurs du processus de recrutement. Il ne sont pas le reflet de ce que font dans la réalité chacun des acteurs, mais uniquement la perception qu'ils ont de ce qu'ils pensent qui est fait.

Tableau n°1 : Recrutement et accueil dans l'institution.

	DH/3	DRH/2	DS/4	CSS/2	CS/6	IDE/8
Politique institutionnelle	0	2	3	0	0	0
Journée d'accueil institutionnel	2	2	3	2	2	2
Livret d'accueil	1	2	4	0	0	2
Entretien DS	3	2	4	2	6	8
Entretien DRH	3	1	3	1	0	0
Entretien CSS	0	0	4	2	3	1

	DH/3	DRH/2	DS/4	CSS/2	CS/6	IDE/8
Entretien CS	3	2	4	2	5	6
Respect souhait d'affectation	0	0	2	2	3	2
Présentation du projet d'établissement	0	2	0	0	0	0
Présentation du projet de soins	0	0	3	0	0	0
Projet professionnel	0	0	4	2	6	0
Valeurs professionnelles	0	0	4	2	6	0

Les trois établissements ont mis en place des organisations différentes, cependant les tendances restent sensiblement identiques. Une étude globale par thème reste donc possible.

Seuls les directeurs des ressources humaines et les directeurs des soins ont réfléchi à la mise en place d'une politique institutionnelle de recrutement. Les directeurs ne s'en préoccupent pas : cette tâche incombe à leurs adjoints, ils ne contrôlent pas une éventuelle mise en œuvre.

Une journée d'accueil est organisée dans tous les établissements et est connue de tous. Elle ne laisse par contre que peu de souvenirs aux infirmiers qui y participent pourtant tous. Très denses quant à leur contenu et animées par une succession de responsables institutionnels elles ne remplissent pas les objectifs attendus de présentation et de repérage.

Le livret d'accueil est un outil utilisé uniquement par l'équipe de direction. Les cadres n'en ont pas connaissance, les infirmiers quand il leur est remis, lui trouvent un intérêt car il regroupe les informations dont ils ont besoin pour se repérer quant à leur statut et à leur intégration dans la fonction publique hospitalière, et dans l'hôpital.

L'entretien de recrutement doit être réalisé par le directeur des soins et uniquement par lui. Chacun lui reconnaît cette prérogative qui relève de sa compétence et uniquement de lui. Chacun lui fait confiance dans ce travail de sélection.

Le directeur des ressources humaines rencontre les postulants, mais pas de façon systématique avant la décision de recrutement, pour constituer le recrutement administratif. Quand ce n'est pas le directeur personnellement qui assume ce travail, les infirmiers sont de toute façon conviés par ses services pour constituer le dossier administratif.

Les cadres supérieurs et les cadres de santé, sauf un, reçoivent l'ensemble des agents. Cette démarche est connue de l'ensemble des acteurs. Elle constitue un élément déterminant du processus de recrutement car elle permet de renforcer la décision du directeur des soins.

Les directeurs ne se préoccupent pas des souhaits d'affectation des agents, ce travail ne relève pas de leurs fonctions. Les professionnels de santé quant à eux, ont le désir de recueillir les souhaits exprimés. La moitié des directeurs des soins pensent que les exaucer n'est pas une priorité immédiate, que cela fait partie de la négociation et permet de pourvoir les secteurs déficitaires. Cependant après une période « probatoire » ils s'engagent et respectent leurs engagements. Pour les infirmiers la non prise en compte immédiate de leurs souhaits est déterminante. Cependant ils comprennent les contraintes des institutions qui les recrutent et les acceptent temporairement s'ils obtiennent l'assurance qu'ils seront pris en compte et honorés dans un délai raisonnable.

Le projet d'établissement est présenté par le directeur des ressources humaines lors des journées d'accueil.

Le projet de soins est évoqué par le directeur des soins lors de l'entretien de recrutement. Les valeurs professionnelles et le projet professionnel sont abordés par l'ensemble des professionnels de santé au cours des différents entretiens. Les infirmiers n'en gardent pas de souvenirs et trouvent ces questions sans intérêt, sans objet et même déplacées car elles ne correspondent pas à leurs préoccupations : ils n'y ont pas réfléchi sérieusement et ont seulement survolé ces questions pendant leur formation sans s'y intéresser.

Tableau n°2 : Recrutement et accueil dans le service.

	DH/3	DRH/2	DS/4	CSS/2	CS/6	IDE/8
Présentation du service	3	2	4	2	6	8
Visite du service	3	2	4	2	6	8
Présentation du profil de poste	3	2	4	2	5	6
Présentation des compétences attendues	?	?	?	?	4	4

	DH/3	DRH/2	DS/4	CSS/2	CS/6	IDE/8
Présentation du projet de service	3	2	4	2	5	6
Présentation de l'organisation du travail	3	2	4	2	6	8
Explication du planning	3	2	4	2	6	8
Présentation de l'équipe soignante	3	2	4	2	6	8
Présentation de l'équipe médicale	0	0	0	0	1	2
Tutorat	0	0	0	0	0	0
Doublure	0	2	4	2	3	4
Evaluation	3	2	4	2	6	8

L'accueil dans le service est une priorité pour l'ensemble des acteurs, de la direction générale aux infirmières. Elle est la condition indispensable et minimale à un recrutement réussi. Il conditionne l'efficacité future et rapide de l'infirmière, son intégration dans l'institution comme dans l'équipe. L'ensemble des étapes est réalisé. Cependant, d'après les infirmières, cet accueil ne conditionne pas un éventuel sentiment d'appartenance et de fidélisation à l'hôpital. Elles ne se sentent aucunement liées par un quelconque engagement en regard des conditions d'accueil qui leur ont été réservées.

2.6 Conclusion de la rencontre avec les acteurs.

A partir de la question de départ qui était :

Comment en tant que directeur des soins concilier la nécessaire fidélisation des professionnels de santé et les besoins de l'institution en terme de qualité des soins prodigués ?

Puis des questions suivantes.

- Comment se déroule le recrutement des professionnels de santé et quelles en sont les différentes étapes ?

- Quelles sont les modalités de recrutement des infirmières depuis l'émergence du besoin jusqu'à la décision de titularisation ?
- Comment en tant que directeur des soins, accompagner un processus de recrutement dans lequel se télescope une multiplicité d'acteurs aux enjeux souvent contradictoires ?
- Quels sont les différents acteurs impliqués dans ce processus, quel est leur rôle, leur place les uns par rapport aux autres ?

La première hypothèse que nous avons formulée était la suivante :

La fréquence croissante des départs de jeunes professionnels nouvellement recrutés trouve son origine dans un décalage entre les attentes des infirmiers recrutés vis-à-vis de l'institution et les attentes de celle-ci vis-à-vis d'eux lors de la procédure de recrutement.

De cette première découlaient les hypothèses secondaires suivantes :

- Le respect du processus de recrutement par les différents acteurs constitue une sécurité pour l'institution comme pour le professionnel quant à la suite donnée à l'engagement vis-à-vis de l'établissement public de santé.
- Le respect des engagements pris et la capacité de l'institution à se projeter dans le parcours individuel tant professionnel que personnel de l'agent constitue une garantie pour l'institution de fidélisation des professionnels.
- La capacité de l'institution à se projeter dans un projet collectif et à le promouvoir renforce le sentiment d'appartenance du nouveau professionnel.

A ce stade de notre travail, les résultats de nos rencontres avec les acteurs nous permettent de considérer que nous avons répondu à nos questions et que nous avons validé nos hypothèses. Cependant, ces résultats ne peuvent être généralisés en l'état en regard du nombre limité des hôpitaux enquêtés et de nos interlocuteurs.

De plus, si des écarts sont relevés entre les visions des uns et des autres, il est à noter l'implication de chacun dans le processus et la conscience de l'importance d'accueillir et de fidéliser les nouveaux infirmiers pour pouvoir garantir aux usagers une qualité et une sécurité dans les soins la plus élevée possible. Il apparaît cependant que l'absence d'une politique commune se révèle un frein à sa mise en œuvre et à son succès.

Ceci nous autorise à affirmer que le directeur des soins occupe une place déterminante au centre de ce processus, par l'implication qu'il mettra dans la construction et la mise en œuvre d'un projet de fidélisation des nouveaux professionnels. Il doit en être à l'origine et permettre une réflexion collective de tous les acteurs du recrutement en vue d'une harmonisation des pratiques et des outils. Enfin celle-ci devrait permettre un meilleur

niveau de satisfaction des infirmiers, une adaptation plus rapide des compétences attendues en regard des exigences de qualité et de sécurité des soins, une plus grande efficience dans la gestion des ressources humaines.

3 PROPOSITIONS D' ACTIONS : LA PLACE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA REDUCTION DES ECARTS.

Nous envisageons un projet d'ordre général, basé sur des principes, transposable au plus grand nombre d'établissements sous réserves des adaptations en regard du contexte particulier à chacun.

Nos propositions sont orientées principalement sur le rôle des acteurs dans le recrutement des nouveaux infirmiers, elles sont toutefois transposables après adaptation à l'ensemble des personnels soignants non médicaux et peut-être pour partie aux autres catégories de personnels de l'hôpital.

3.1 Les préalables à mettre en place.

3.1.1 Inscrire le projet d'actions dans une logique institutionnelle.

Le projet sera défini en partenariat entre le DRH et le DS, il aura obtenu l'aval de la direction générale afin de trouver sa place dans la politique institutionnelle. Construit en concertation, négocié et partagé, il constituera un axe important du projet social et du projet de soins.

Exposé pour information et avis aux différentes instances : conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, et commission de soins infirmiers, médico-technique et de réadaptation. Il sera présenté aux cadres de santé conjointement par les deux directions, puis à l'ensemble des personnels. Il sera de ce fait légitimé à tous les niveaux de l'institution, et obtiendra l'adhésion de s'ensemble des professionnels.

3.1.2 Une gestion partagée entre directeur des soins et directeur des ressources humaines.

Les deux directions partagent une partie de la gestion des ressources humaines autour du recrutement et de l'affectation des professionnels de santé. Un partenariat, s'il est à notre avis indispensable, pourrait se révéler source de dysfonctionnements. Au cours de nos entretiens nous n'avons pas mis à jour de difficultés majeures. Si les champs de responsabilité ne sont pas toujours déterminés par écrit, ils le sont le plus souvent implicitement ce qui entraîne parfois des difficultés de communication de coordination, parfois sources d'incompréhension et de débauche d'énergie inutile. Cette collaboration est la condition indispensable à la qualité des recrutements ; chaque direction détenant

une expertise complémentaire, chaque directeur dans son domaine de compétence possède une valeur ajoutée reposant sur une analyse différente des situations, à mettre au service de la collectivité. Elle conforte le co-management et légitime l'action des deux partenaires.

Grâce à la définition d'objectifs et d'une politique partagée, ce partenariat devra permettre la construction d'une représentation commune de la gestion des ressources humaines.

Cette réflexion s'avère indispensable, et doit déboucher sur l'élaboration d'une charte de fonctionnement entre les deux directions. Elle préciserait les missions de chacun, les rôles respectifs, utilisant un langage et des outils communs et permettant le partage et la mise en commun des informations. Chaque collaborateur, chaque acteur pourrait s'y référer.

Des réunions de travail et de concertation hebdomadaires doivent être programmées pour optimiser ce partenariat.

Ce travail de concertation systématique est à nos yeux indispensable pour garantir un consensus maximal autour de cette activité partagée.

3.1.3 Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à mettre en place.

Ce travail de prévision et de projection dans l'avenir relève prioritairement de la compétence du directeur des ressources humaines qui maîtrise l'ensemble des différents métiers présents à l'hôpital et connaît les enjeux économiques et financiers. Cependant, en raison de la connaissance qu'il possède des services de soins, des personnels qui y travaillent, des perspectives d'évolution professionnelles, des besoins présents et futurs, des exigences tant quantitatives que qualitatives, une collaboration avec le directeur des soins s'avère indispensable. Elle sera source d'efficience dans l'adéquation des décisions, l'adaptation des actions de formation continue et d'adaptation à l'emploi, l'implication et l'intégration des infirmières. L'expertise du directeur des soins dans l'objectif de l'hôpital d'assurer le présent, de préparer l'avenir et d'anticiper la gestion des ressources humaines devient alors une plus-value majeure. Ainsi, tout poste déclaré vacant et proposé au recrutement aura au préalable fait l'objet d'une analyse concertée d'opportunité de remplacement, de transformation ou de maintien.

Le partage des informations entre les deux directions permettra enfin l'élaboration de politiques et d'outils de travail partagés : tableau des emplois, plan de formation, tableaux de bord... Transversaux, mais aussi spécifiques en fonction des particularités de chaque direction, ils permettront la mise en place et le développement de la GPEC, l'objectivation des moyens.

3.2 Les propositions de stratégie à développer

Pour pouvoir prétendre devenir opérationnelles ces propositions doivent remplir plusieurs conditions :

- être attractives, pour séduire les utilisateurs,
- être efficaces pour permettre de recruter les bonnes personnes,
- favoriser l'adaptation et pérenniser l'intégration des recrutés,
- garantir la sécurité et la qualité des soins,
- faciliter l'optimisation de la GPEC.

3.2.1 Réduire les écarts :

Afin de faire correspondre et d'adapter les compétences et les potentialités des nouveaux soignants aux besoins de l'hôpital il est indispensable pour le recruteur de connaître les profils de fonction, de service et de postes. Ainsi, ce dernier, mais aussi le recruté pourront se positionner par rapport aux missions, au cadre d'exercice et aux compétences attendues. Ces référentiels professionnels, indispensables lors du recrutement et de l'affectation serviront de support lors de l'évaluation. Evoluant au gré de l'avancée des progrès et de évolutions de la législation, ils devront être réactualisés périodiquement.

C'est au directeur des soins qu'il revient de veiller à l'élaboration de ces documents. Il y associera les cadres et les personnels au sein de la CSSI et dans chaque service, la communauté médicale pour les profils de service et de postes. Afin de garantir une méthodologie unique et rigoureuse et un cadre de référence commun, la direction de la qualité sera invitée lors de la construction du projet. Elle permettra de plus d'intégrer ce travail dans la démarche d'accréditation.

Si la réalisation de profils ne peut à elle seule garantir la sélection du meilleur candidat, elle demeure un préalable réduisant le champ des incertitudes et prévenant les risques d'inadaptation. Elle favorise de ce fait l'intégration et la fidélisation.

3.2.2 Améliorer les conditions de travail.

Sur le modèle du NHS³⁶ en Angleterre il semble possible d'introduire des normes d'amélioration des conditions de travail pour les employeurs indiquant clairement que chaque personnel est amené à travailler dans une organisation qui peut prouver son engagement à mettre en place des conditions de travail plus flexibles, offrant au personnel une meilleure maîtrise de son temps.

Ces normes déclineront :

³⁶ National Health System

- des standards complets pour la mise en œuvre de politiques modernes de gestion du personnel
- des communications efficaces et modernes. L'objectif serait de permettre le partage de bonnes pratiques, de favoriser des méthodes de travail flexibles et modernes comme la « retraite flexible » ou des campagnes « violence tolérance zéro »,
- un appui pratique, financier et « boîte à outils », destinée à une mise en œuvre effective par les managers et le personnel.

Un des critères principaux pour atteindre ce standard est la nécessité pour les employeurs de prouver qu'ils

« comprennent que le travail du personnel est meilleur pour les patients lorsqu'il peut bénéficier d'un équilibre sain entre son travail et d'autres aspects de sa vie extraprofessionnelle. »³⁷

3.2.3 Organiser le recrutement autour d'un référentiel partagé pour mieux accueillir pour mieux intégrer.

Afin de tendre vers une meilleure coordination entre les différents acteurs de la chaîne de recrutement et les postulants, il nous semble important que chacun connaisse les différentes étapes qui le ponctue et les défaillances successives qui risquent à chaque étape de le remettre en cause. Ainsi chacun pourra mettre en place des actions de prévention et contribuer ainsi à la bonne adéquation entre l'offre et la demande.

A travers l'outil d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) que nous avons construit³⁸, nous pensons pouvoir tendre à réduire les écarts constatés.

Cette étude devra être adaptée à la spécificité des établissements qui s'en inspireront, elle constitue cependant une trame de réflexions qui devrait participer à une plus grande efficacité du processus de recrutement.

3.2.4 S'engager à partir d'une procédure de mobilité reconnue et respectée.

Pour garantir la sécurité et la qualité des soins, maintenir un niveau d'efficacité optimum, un minimum de stabilité est nécessaire dans les équipes soignantes. A contrario pour améliorer le niveau de compétence et la créativité des soignants, favoriser leur polyvalence donc leur employabilité et maintenir leur motivation la mobilité des personnels doit être facilitée voire même encouragée. Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines devront, à partir d'une volonté clairement affichée dans le projet de

³⁷ MELLOR Debbie ; *NHS Recrutement et fidélisation des professionnels de santé*, Revue Hospitalière de France ; n°498

³⁸ AMDE voir ANNEXE N°2

soins et dans le projet social, développer un management qui favorisera largement les volontés de s'ouvrir à de nouvelles pratiques professionnelles : bourse à l'emploi, parution régulière des postes disponibles, sollicitation des cadres dans le dépistage des « nouveaux talents », propositions et incitation à la mobilité...

La rédaction d'une procédure de mobilité interne, en partenariat avec les cadres et les personnels, validée par les instances, engageant l'ensemble de soignants dans une démarche de mobilité volontariste et régulière, nous semble un moyen supplémentaire de favoriser la fidélisation des jeunes infirmiers. Grâce à un engagement ferme de la direction des soins quand elle ne peut pas accéder au souhait d'affectation lors de l'embauche, sur une priorité de mobilité vers un service souhaité dès que possible, et garantie par la procédure existante.

3.2.5 Valoriser l'image de l'établissement par une politique de recrutement partagée et adaptée

Nous avons, au début de ce travail, fait le constat que nombre de jeunes infirmiers quittent trop rapidement l'hôpital qui les a recrutés. Ceci impose aux recruteurs de définir une politique de recrutement et de formation, d'adaptation à l'emploi pertinente, ciblée et individualisée pour chacun, en coordination avec la GPEC, tournée aussi bien vers l'extérieur que vers l'intérieur. L'engagement de la direction générale dans cette stratégie est pour le cas fondamental.

Il est désormais indispensable que les hôpitaux mettent en place des méthodes de recrutement offensives, développent leur attractivité, impulsent des formules de séduction en direction des nouveaux arrivés. La concurrence entre les établissements s'accroissant, pourront recruter et garder plus facilement ceux qui se seront donné les moyens de diffuser l'information et de se rendre plus attrayants. Ce contexte va induire pour les établissements la nécessité de se rendre plus performants et innovants dans leur politique d'accueil et de fidélisation. Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines seront partenaires dans la conception et la mise en œuvre de cette politique.

Ils devront s'impliquer à trois niveaux :

- la prospection au niveau local (en relation avec les instituts de formation en soins infirmiers, les établissements voisins et les agences pour l'emploi), au niveau régional voir national, construira un réseau professionnel de diffusion ;
- l'attractivité des conditions d'embauche et d'accueil adaptera la nature des contrats, la durée des périodes probatoires, les possibilités d'adaptation à l'emploi et de formation continue, de concrétisation du projet professionnel ;
- l'attractivité de l'établissement en améliorant les conditions de travail et de vie des salariés se tournera vers des actions d'aide au logement et à l'intégration dans la cité.

3.3 Le rôle du directeur des soins dans la mise en œuvre du projet.

3.3.1 Une philosophie à développer

Entre le directeur des soins et les différents partenaires qui vont l'accompagner tout au long de la mise en œuvre et du déroulement du projet une concordance de pensée devra se développer. Elle sera fondée sur différents principes.

A) Le recrutement : une démarche collective initiée par le directeur des soins.

De nombreux acteurs sont concernés par la démarche de recrutement. Si l'équipe de direction avec à sa tête le directeur, représentée par le directeur des soins et le directeur des ressources humaines doit initier la démarche, elle doit s'entourer de nombre des acteurs de l'hôpital.

- L'encadrement et les équipes de soins ont un rôle déterminant dans la qualité de l'accueil et la pérennité du recrutement. C'est grâce à la qualité de cet encadrement professionnel mais aussi personnel qu'elle proposera, que le jeune infirmier trouvera sa place au sein de l'équipe qui le reçoit et aura envie de rester et de donner le meilleur de lui-même. C'est elle qui par la suite assurera l'évaluation et permettra la mise en stage et la titularisation, gages de sécurité et de pérennité tant pour le professionnel que pour l'institution
- La communauté médicale bien que peu présente dans la démarche, participe à l'évaluation par l'avis qu'elle donne quand le cadre la sollicite ou quand un évènement se produit. Responsable de la santé des malades qui lui sont confiés, elle doit pouvoir compter sur les professionnels avec lesquels elle collabore.
- Le directeur des ressources humaines qui recrute par délégation du directeur est le partenaire privilégié du directeur des soins. C'est lui qui détient « les clés » du recrutement : il maîtrise la publication des postes. Il coordonne l'accueil institutionnel qui permet à chacun de se sentir intégré dans la communauté hospitalière au même titre que l'ensemble des personnels de l'hôpital. En regard de l'évaluation rendue par les pairs, il décide de la titularisation, de l'avenir du nouvel infirmier dans la fonction publique hospitalière, de son maintien à l'hôpital.
- Le directeur des soins, à la source de la démarche, reçoit les candidats, les sélectionne en concertation avec les cadres de santé et le directeur des ressources humaines. Mais finalement c'est le plus souvent son avis qui est retenu. Pour la bonne marche de l'institution, la sécurité et la qualité des soins, il ne doit pas se tromper.

- Le jeune professionnel, informé de l'ensemble des étapes qui rythmeront son intégration, devra tout au long du parcours se placer dans une posture active d'apprentissage, rechercher les personnes ressources, trouver et prendre sa place dans le service et dans l'institution. Par la faculté qu'il aura eu de montrer ses compétences et de développer ses capacités, de se faire reconnaître par ses pairs et apprécié par les patients, il facilitera son intégration.

Nous lui devons de lui donner les moyens de s'intégrer et de se former, il reste maître de son devenir.

B) Les cadres de soins : des acteurs piliers de l'intégration.

Acteurs indispensables car ils trouvent leur place dans toutes les étapes de la démarche : parution du poste, choix du candidat, accueil, évaluation, ils sont indispensables dans la mise en œuvre et la pérennité du projet. De leur volonté de constituer des équipes compétentes, performantes et autonomes émergera la garantie de sécurité et de qualité des soins.

Le directeur des soins veillera à valoriser leur action auprès de l'ensemble de la communauté hospitalière :

- de l'équipe de direction,
- de la communauté médicale,
- des personnels,
- des patients et de leurs familles.

C) Les partenaires sociaux : les accompagnateurs du projet

Acteurs du dialogue social, interlocuteurs incontournables des décideurs, ils constituent les autres piliers de la démarche. Consultés au cours de la construction de la procédure, informés des décisions, ils approuvent le projet en CTE. Tout au long de la poursuite de la démarche, ils favoriseront la compréhension et l'acceptation des orientations et des décisions institutionnelles auprès de l'ensemble des professionnels de l'hôpital. Ils concourront à la bonne image de l'hôpital à l'extérieur.

3.3.2 Une stratégie à implanter.

Préalablement à la mise en œuvre de tout projet, une phase d'observation et un bilan de l'existant sont des étapes obligatoires. Pour ensuite espérer posséder la plus grande partie des informations indispensables, une démarche de consultation et de concertation auprès des professionnels se révélera productive et rentable pour garantir l'avenir. Ces préalables permettront d'identifier les ressources et les contraintes à l'échelle de l'institution et au sein des services.

A) Fédérer les acteurs autour du projet

A travers la mise en place d'un management participatif, en s'appuyant sur des valeurs de qualité des soins, de progression des professionnels et de considération des collaborateurs le directeur des soins créera les conditions favorables à la prise de conscience collective de l'aspect fondamental du recrutement : de la sélection, du choix, de l'accueil, de l'adaptation et de la formation des jeunes professionnels. Ces valeurs partagées, ces actions évaluées au vu de leurs résultats constituent des facteurs de dynamisme et se révèlent des éléments de régulation des équipes.

Valorisé à tous les niveaux de l'institution le projet devient porteur de l'action,

« il donne un sens à l'implication de tous, mobilise les énergies, favorise l'encadrement, est une référence pour l'action. »³⁹

Ecrit, formalisé, reconnu, diffusé et connu du plus grand nombre, il permet d'entreprendre et devient un véritable levier de management. Ce projet permet alors la mise en place d'une véritable réflexion sur les besoins de l'institution, les pratiques professionnelles, les compétences attendues et à transmettre, la qualité des soins à garantir aux usagers. Il engage sur les notions d'équipe et de mutualisation, il implique les acteurs dans la dynamique de formation et d'encadrement, de transmission ; il responsabilise.

B) Impulser une démarche participative

Initier puis développer un projet, c'est tout d'abord convaincre les acteurs de la nécessité de l'action, de la transformation de l'existant en direction d'un objectif déterminé. Celui-ci, inscrit dans la logique institutionnelle, il appartiendra au directeur des soins, coordonnateur général des soins, de le rendre vivant pour chacun des acteurs et opérationnel dans le cadre du projet de soins

Pour instaurer cette démarche participative auprès de chacun plusieurs conditions sont à remplir conjointement.

- Communiquer et informer.

Il semble indispensable d'expliquer aussi souvent que nécessaire et régulièrement, le plus simplement et clairement possible les finalités et les étapes du projet afin de convaincre les acteurs. Une communication efficace sur l'ensemble du projet qui garantit la transparence, permettra d'espérer obtenir l'adhésion et l'engagement du plus grand nombre de professionnels.

Cette communication s'organisera de façon permanente : initiale dès la conception, puis continue tout au long du déroulement des étapes de la procédure : chaque moment de concertation fera l'objet d'un échange d'informations descendantes comme ascendantes

³⁹ GROSJEAN P., *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service*, Ed. MASSON, Paris 2002

entre les acteurs. Les cadres, pivots de la démarche, serviront de relais principaux de l'information pour l'ensemble des professionnels : ils auront la charge d'expliquer, de lever les interrogations, de rectifier les erreurs d'interprétation.

Une information régulière sera donnée au directeur, mais aussi à l'ensemble de l'équipe de direction.

Le corps médical, acteur de la démarche de soins et responsable de la qualité de soins médicaux, sera régulièrement tenu informé des décisions.

Les instances décisionnelles : CA, CME, et consultatives : CTE et Commission de soins, les partenaires sociaux seront destinataires des orientations prises par les travaux.

- Impliquer les différents partenaires
- La CSSI, impliquée dans l'élaboration de la procédure et la diffusion de l'information, semble indispensable pour donner une dimension institutionnelle au projet et affirmer sa dimension prioritaire.
- L'encadrement qui assure l'organisation du travail et le contrôle de la qualité des soins dans les services, garantira la mobilisation des équipes soignantes. Les cadres de santé, chefs de projet dans chaque unité, relayeront la direction des soins, et favoriseront l'engagement des équipes dans la réflexion et la construction d'outils de mise en œuvre et de suivi.
- Demander aux cadres de porter le projet au quotidien, c'est les conforter dans leur position de manager, c'est leur adresser un signe de reconnaissance, les responsabiliser, les valoriser.
- Le corps médical membre d'une même équipe de soignants, travaille en étroite collaboration avec les infirmiers au quotidien pour assumer la qualité des soins. Sa participation au projet permettra de recueillir la vision médicale du projet, de favoriser l'expression de leurs interrogations et de lever d'éventuelles incompréhensions. Consulté sur les compétences attendues, il pourra d'autant plus facilement s'impliquer dans la transmission des savoirs lors de l'arrivée et de l'intégration des nouveaux professionnels.

C) Garantir la mise en œuvre du projet et en assurer l'évaluation

Promouvoir un projet, c'est aussi prévoir et négocier les modalités matérielles de réalisation. Des conditions de travail adaptées seules peuvent laisser espérer un déroulement satisfaisant. Plusieurs conditions sont à réunir.

- Mettre en place les structures adaptées tant du point de vue matériel que humain sera une des missions du directeur des soins. Un budget, du temps, des locaux et un secrétariat négociés auprès du directeur permettront aux groupes de travailler sereinement. Une méthodologie rigoureuse prévoira la constitution d'un comité de pilotage et de groupes projet qui favoriseront

institutionnellement et dans chaque service, la réflexion et l'élaboration des outils nécessaires à la conduite du projet.

- Engager les équipes dans un projet réaliste, est un engagement moral qui doit animer le directeur des soins. Les objectifs devront rester accessibles, les différents outils adaptés à chaque service pour ce qui concerne les compétences attendues et les modalités d'encadrement. Le respect de ces principes seul pourra garantir la motivation des équipes et la pérennité de l'action.
- Assurer la mise en œuvre et le suivi du projet passera par la diffusion de l'information dès la phase d'élaboration. Une période de test sera à déterminer avec les services volontaires afin de valider les procédures et les outils au regard de la réalité du terrain. Après ajustement, la généralisation sera envisagée et organisée avec l'aval des diverses instances de l'établissement. Le contrôle sera organisé auprès de l'encadrement : tout nouvel infirmier devra bénéficier de la procédure.

Celle-ci sera validée au niveau du service qualité et incluse dans le référentiel qualité de l'établissement.

- Prévoir l'évaluation sera la dernière étape que programmera le directeur des soins. Elle concernera la procédure et sa mise en œuvre, sa pertinence et son efficacité. Elaborée dès la conception du projet, cette étape permettra d'optimiser la procédure et de valoriser le travail réalisé par les professionnels. Mesurer les résultats obtenus constitue un facteur de satisfaction et de motivation qui favorise l'implication.

Les résultats seront communiqués à la direction et aux diverses instances.

La volonté du directeur des soins, coordonnateur général qui initie le projet sera soutenue et s'appuiera sur un principe de management par la qualité.

CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche, l'hôpital nous apparaît encore une fois comme un système complexe, en reconstruction et en évolution constante. Contraint de s'adapter en permanence aux évolutions réglementaires, mais aussi sociales, la gestion des ressources humaines et la prise en compte des particularités des individus et de leurs désirs prennent désormais une place prépondérante.

Acte de management majeur, le recrutement représente un investissement lourd qui doit apporter à l'institution une garantie de «retours sur investissement» : de fidélisation assortie de sécurité dans les soins. Mettre en adéquation les besoins de l'hôpital et les demandes de l'infirmier passe par toute une série d'ajustements dans les procédures de recrutement, et surtout dans la façon dont chacun les fait vivre aussi bien recruteur que recruté.

A une époque où le nombre des infirmiers qui quittent prématurément l'établissement qui les a recrutés va croissant, notre réflexion nous amène à nous demander comment en tant que directeur des soins concilier la nécessaire fidélisation des professionnels de santé et les besoins de l'institution. Nous avons ainsi proposé une organisation pour les recrutements, de la parution du poste à la décision de titularisation qui s'appuie sur des principes de management garants de la reconnaissance de chacun des acteurs

Mettre en œuvre un tel projet relève du postulat pour le directeur des soins que la qualité des recrutements est indissociable de la qualité des soins et de la valeur des professionnels. Mettre en place une procédure de recrutement c'est affirmer que l'optimisation des ressources humaines passe par la valorisation de leurs compétences et la reconnaissance de leur singularité. Dans un contexte économique difficile où la concurrence entre les établissements de santé est exacerbée, recruter s'inscrit dans une démarche de qualité globale en synergie avec la démarche d'accréditation.

« S'il faut s'occuper sérieusement de tous ceux qui coopèrent à la marche de l'organisation, ce n'est pas par l'idéal humain, par paternaliste social ou par souci de justice, c'est parce qu'il n'y a pas d'autre moyen de mobiliser les ressources humaines qu'ils constituent et que sans cette mobilisation, aucun progrès n'est désormais possible. »⁴⁰

⁴⁰ CROZIER M., *Pour une autre approche des problèmes humains*, Information hospitalière, Oct-Nov 1987.

Bibliographie

- Bilan social 2002, DHOS, Nombre d'agents ayant quitté l'établissement, p62.
- Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.
- CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Edition Masson, 1997.
- LOUART P., *Gestion des ressources humaines*, Editions Eyrolles, 1991
- BOURGEOIS F., *Gérer et dynamiser ses collaborateurs*, 2^e édition, Paris, Editions Eyrolles, 1999
- Répertoire des métiers dans la fonction publique hospitalière*, DHOS, Ministère de la santé et de la solidarité, 2004.
- BOUTINET JP, *Anthropologie du projet*, Paris, Edition Presses Universitaires de France, 1990.
- POLETTI R., *Valeurs professionnelles et éthique professionnelle*, Les soins infirmiers, Paris, Le Centurion 1983.
- MARTIN D., *Accueil, insertion pourquoi faire ?*, Gestions hospitalières, Mai 1995.
- DUBAR C. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1998
- BERNOUX P., *Sociologie des organisations*, Paris, Editions Le Seuil, 1983
- GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, Paris, Edition Dalloz, 1994
- BOSQUET R., *Fondement de la performance humaine dans l'entreprise*, Paris, Editions de l'Organisation, 1989.
- SEYRIEX H., *Zéro mépris*, Paris, Inter Edition.
- D'IRIVANE P., *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris, Editions du Seuil, 1989
- GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1994
- MERRIEU P., *L'évaluation en question*, Collection Pédagogies, Paris, ESF Editeur.
- CLEMENT J., *Le fonctionnaire hospitalier*, Paris, Edition Berger-Levrault, 1989.
- Circulaire DH/DAS n°95-11259 du 10 mai 1995.
- PERREAU-SAUSSINE MA., *Le Directeur et l'éthique à l'hôpital*, Mémoire EDH., ENSP, 1998.
- Dictionnaire Larousse, Paris, Editions Larousse, 2003
- BEAUDET-POUPLIER A., *Gestions Hospitalières*, n°430, Novembre 2003
- LEBEUX C., *Gestions Hospitalières*, n°430, Novembre 2003
- ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault, Paris, 2001.
- BONMATI JM., *Les ressources humaines à l'hôpital*, Paris, Editions Berger-Levrault, 1998.
- DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière : « Le développement des ressources humaines »* Tome 2, Editions ENSP
- MELLOR Debbie ; *NHS Recrutement et fidélisation des professionnels de santé*, Revue Hospitalière de France ; n°498

ORTIZ JM. ; *Fidéliser le personnel infirmier par la conduite d'une politique d'intégration : un enjeu pour l'infirmier général* ; Mémoire infirmier général, ENSP, 1993.

GROSJEAN P., *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service*, Ed. MASSON, Paris 2002

CROZIER M., *Pour une autre approche des problèmes humains, Information hospitalière*, Oct-Nov 1987.

CHEDEVILLE P., *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

DEFRANCE C., *La construction des compétences infirmières : une nécessaire complémentarité IFSI/Hôpital*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

HEMART C., *La titularisation : une responsabilité partagée par l'équipe de direction, le cadre, pivot d'aide à la décision*, Mémoire infirmier général, ENSP, 1999

LAVIEILLE -SCHERB B., *Adaptation à l'emploi et recrutement infirmier : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

LEMASCON P., *L'utilité des tableaux de bord pour la gestion des ressources humaines : outils de pilotage de la direction des soins*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

OUAZAN S., *Le recrutement un enjeu stratégique pour l'hôpital. Contribution du directeur des soins dans la procédure de recrutement externe des infirmières*. Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

RINGELE J., *L'accueil et l'intégration des jeunes professionnels infirmiers. Un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 2002.

KOSCIELNY C., *Optimiser l'intégration des nouveaux personnels, une politique incontournable dans la gestion des ressources humaines : l'exemple du centre hospitalier de Jury*, Mémoire directeur d'hôpital, ENSP, 2002.

Liste des annexes

ANNEXE N°1

GRILLES D'ENTRETIENS

ANNEXE N°2

**AMDE SUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL NON
MEDICAL**

ANNEXE N°1 : GRILLES D'ENTRETIENS

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES DIRECTEURS

Procédure :

- Quelles sont pour vous les étapes d'un processus de recrutement ?
 - o Comment se passe un recrutement ?
- Quelles précautions peuvent garantir le succès de ce recrutement ?
 - o Des outils existent-ils ?
 - o Quels écueils éviter ?
 - o Existe-t-il une procédure ?
- Quels sont pour vous les acteurs qui doivent participer au recrutement ?
 - o A quel titre ?
 - o Pourquoi ?
 - o Quel est leur rôle ?
 - o Leur contribution ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- En quoi le partage de valeurs professionnelles et de projets collectifs peut-il étayer la décision de recrutement ?
 - o Quelles valeurs peuvent vous être communes ?
 - o Autour de quels projets construire cette décision ?
- Qu'est ce qui peut rendre le CH attractif pour un nouveau professionnel ?

GRH/GPEC :

- Comment s'effectue l'intégration d'un agent au sein de la fonction publique hospitalière ?
 - o Existe-t-il des préalables ?
 - o Quelles en sont les étapes ?

Place des acteurs :

- Quelles places les Directeurs occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Qu'attendez-vous du corps médical dans cette démarche ?
- Qu'attendez-vous du service infirmier dans cette démarche ?
- Qui décide de l'affectation ?
 - o A quel moment ?
 - o Existe-t-il des critères ?
 - o Une évaluation des candidats ?
- Un choix est-il proposé au candidat ?
- Comment se passe l'accueil et l'intégration dans l'institution ?

Propositions :

- Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cette démarche ?
- Qu'est ce qui pourrait lui donner envie de rester ?

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES MEDECINS

Procédure :

- Quelles sont pour vous les étapes d'un processus de recrutement ?
 - o Comment se passe un recrutement ?
- Quelles précautions peuvent garantir le succès de ce recrutement ?
 - o Des outils existent-ils ?
 - o Quels écueils éviter ?
 - o Existe-t-il une procédure ?
- Quels sont pour vous les acteurs qui doivent participer au recrutement ?
 - o A quel titre ?
 - o Pourquoi ?
 - o Quel est leur rôle ?
 - o Leur contribution ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- En quoi le partage de valeurs professionnelles et de projets collectifs peut-il étayer la décision de recrutement ?
 - o Quelles valeurs peuvent vous être communes ?
 - o Autour de quels projets construire cette décision ?
- Qu'est ce qui peut rendre le CH attractif pour un nouveau professionnel ?

GRH/GPEC :

- Comment s'effectue l'intégration d'un agent au sein de la fonction publique hospitalière ?
 - o Existe-t-il des préalables ?
 - o Quelles en sont les étapes ?

Place des acteurs :

- Quelle place les médecins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Qu'attendez-vous du corps médical dans cette démarche ?
- Qu'attendez-vous du service infirmier dans cette démarche ?
- Qui décide de l'affectation ?
 - o A quel moment ?
 - o Existe-t-il des critères ?
 - o Une évaluation des candidats ?
- Un choix est-il proposé au candidat ?
- Comment se passe l'accueil et l'intégration dans l'institution ?

Propositions :

- Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cette démarche ?
- Qu'est ce qui pourrait lui donner envie de rester ?

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES DIRECTEURS DES SOINS

Procédure :

- Quelles sont pour vous les étapes d'un processus de recrutement ?
 - o Comment se passe un recrutement ?
- Quelles précautions peuvent garantir le succès de ce recrutement ?
 - o Des outils existent-ils ?
 - o Quels écueils éviter ?
 - o Existe-t-il une procédure ?
- Quels sont pour vous les acteurs qui doivent participer au recrutement ?
 - o A quel titre ?
 - o Pourquoi ?
 - o Quel est leur rôle ?
 - o Leur contribution ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- En quoi le partage de valeurs professionnelles et de projets collectifs peut-il étayer la décision de recrutement ?
 - o Quelles valeurs peuvent vous être communes ?
 - o Autour de quels projets construire cette décision ?
- Qu'est ce qui peut rendre le CH attractif pour un nouveau professionnel ?

GRH/GPEC :

- Comment s'effectue l'intégration d'un agent au sein de la fonction publique hospitalière ?
 - o Existe-t-il des préalables ?
 - o Quelles en sont les étapes ?

Place des acteurs :

- Quelle place les médecins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs des soins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Qu'attendez-vous du service infirmier dans cette démarche ?
- Qui décide de l'affectation ?
 - o A quel moment ?
 - o Existe-t-il des critères ?
 - o Une évaluation des candidats ?
- Un choix est-il proposé au candidat ?
- Comment se passe l'accueil et l'intégration dans l'institution ?

Propositions

- Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cette démarche ?
- Qu'est ce qui pourrait lui donner envie de rester ?

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES CADRES DE SANTE

Procédure :

- Quelles sont pour vous les étapes d'un processus de recrutement ?
 - o Comment se passe un recrutement ?
- Quelles précautions peuvent garantir le succès de ce recrutement ?
 - o Des outils existent-ils ?
 - o Quels écueils éviter ?
 - o Existe-t-il une procédure ?
- Quels sont pour vous les acteurs qui doivent participer au recrutement ?
 - o A quel titre ?
 - o Pourquoi ?
 - o Quel est leur rôle ?
 - o Leur contribution ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- En quoi le partage de valeurs professionnelles et de projets collectifs peut-il étayer la décision de recrutement ?
 - o Quelles valeurs peuvent vous être communes ?
 - o Autour de quels projets construire cette décision ?
- Qu'est ce qui peut rendre le CH attractif pour un nouveau professionnel ?

GRH/GPEC :

- Comment s'effectue l'intégration d'un agent au sein de la fonction publique hospitalière ?
 - o Existe-t-il des préalables ?
 - o Quelles en sont les étapes ?

Place des acteurs :

- Quelle place les médecins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs des soins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelle est votre place dans le processus de recrutement ?
- Qui décide de l'affectation ?
 - o A quel moment ?
 - o Existe-t-il des critères ?
 - o Une évaluation des candidats ?
- Un choix est-il proposé au candidat ?
- Comment se passe l'accueil et l'intégration dans l'institution, dans le(s) service(s) ?

Propositions :

- Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cette démarche ?
- Qu'est ce qui pourrait lui donner envie de rester ?

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES PAIRS

Procédure :

- Quelles sont pour vous les étapes d'un processus de recrutement ?
 - o Comment se passe un recrutement ?
- Quelles précautions peuvent garantir le succès de ce recrutement ?
 - o Des outils existent-ils ?
 - o Quels écueils éviter ?
 - o Existe-t-il une procédure ?
- Quels sont pour vous les acteurs qui doivent participer au recrutement ?
 - o A quel titre ?
 - o Pourquoi ?
 - o Quel est leur rôle ?
 - o Leur contribution ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- En quoi le partage de valeurs professionnelles et de projets collectifs peut-il étayer la décision de recrutement ?
 - o Quelles valeurs peuvent vous être communes ?
 - o Autour de quels projets construire cette décision ?
- Qu'est ce qui peut rendre le CH attractif pour un nouveau professionnel ?

GRH/GPEC :

- Comment s'effectue l'intégration d'un agent au sein de la fonction publique hospitalière ?
 - o Existe-t-il des préalables ?
 - o Quelles en sont les étapes ?

Place des acteurs :

- Quelle place les médecins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelles places les Directeurs des soins occupent-ils dans le processus de recrutement ?
- Quelle place les cadres de santé occupent-ils dans ce processus ?
- Quelle est votre place dans le processus de recrutement ?
- Qui décide de l'affectation ?
 - o A quel moment ?
 - o Existe-t-il des critères ?
 - o Une évaluation des candidats ?
- Un choix est-il proposé au candidat ?
- Comment se passe l'accueil et l'intégration dans l'institution, dans le(s) service(s) ?

Propositions :

- Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cette démarche ?
- Qu'est ce qui pourrait lui donner envie de rester ?

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES NOUVEAUX RECRUTES

Procédure :

- Comment s'est passé votre recrutement ?
 - o Quelles ont été les différentes étapes ?
 - o Vous a-t-on demandé ou remis des documents ?
- Racontez-moi votre premier jour de travail.
 - o Les jours précédents ?
 - o Les jours suivants ?

Valeurs communes, Projets partagés :

- Comment avez-vous choisi cet établissement ?
- Quelle connaissance en aviez-vous ?
 - o Par quels moyens vous êtes vous procuré des informations ?
- Avez-vous postulé dans d'autres établissements ?

GRH/GPEC :

- Quel est votre statut aujourd'hui ?
 - o Comment pensez-vous qu'il peut évoluer ?
- Comment voyez-vous votre avenir professionnel ?
 - o Dans l'institution ?
 - o Au sein de la FPH

Acteurs :

- Qui vous a recruté ?
- Quelles sont les personnes que vous avez rencontrées au cours de votre recrutement ?
- Qui a décidé de votre affectation ?
 - o Comment, quand ?
- Quelle place vous a-t-on laissée ?
 - o Choix ?
 - o Prise en compte de vos attentes ?
 - o Respect de vos souhaits ?

Vécu, Propositions :

- Quels souvenirs gardez-vous de ces différentes étapes ?
- Qu'est ce qui vous a manqué ?
- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?
 - o Dans l'institution ?
 - o Dans le service ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer l'arrivée des nouveaux professionnels dans l'institution, dans le service ?
- Qu'est- qui pourrait vous donner envie de rester ?

ANNEXE N°2 : AMDE SUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL NON MEDICAL

AMDE SUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL NON MEDICAL								
N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
1	CS & CSS/ Med	Définir le besoin.	Fiche de fonction (dont profil).	Besoin mal identifié.	Fiche de fonction inadaptée ou inexistant.	Recrutement inadapté. Conséquences pour la personne recrutée. Conséquences pour l'institution.	Avant : absence de fiche de poste. Après : insatisfaction du CP concerné, voire incidents et accidents. Agent insatisfait.	Mise en œuvre d'un système de fiches de poste tenu à jour.
2	DS & DRH	S'assurer des moyens financiers.	Tableau des emplois budgétaires.	Moyens mal identifiés.	Tableau des emplois budgétaires perfectibles ou absents.	Recrutement remis en cause.	Avant : absence ou imprécision du tableau.	Mise en place d'un tableau des emplois tenu et actualisé.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
3	DRH & DS	Appeler à candidature interne.	Intranet Note vers services et IFSI.	Non lecture de l'appel à candidature.	Période de diffusion inadaptée. Défaut d'affichage. Défaut d'accès à intranet (manque de poste, codes d'accès inadapté, culture informatique).	Pas ou peu de candidature. Candidature inadaptée.	Avant : Alerte directe de CSS ou syndicats. lors de réunion de cadres. Après : absence de candidature Plaintes de personnels.	Choix de la période de diffusion. Info systématique en réunions de cadres. Lieux d'affichage définis et connus.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
4	DRH & DS	Appeler à candidature externe.	Annonces en journaux Site Web Hospimob sur minitel.	Non parution et/ou erreur de formulation de l'appel à candidature.	Erreur de rédaction. Erreur de transcription.	Pas ou peu de candidatures. Candidature inadaptée.	Avant : Vérifier la réception et l'intégrité de l'annonce. S'assurer de la date de parution. Après : S'assurer de la parution et de la conformité effective.	Mise en place d'un système d'accusé de réception.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
5	DRH & DS ou CS	Recevoir les candidatures.	Courriers.	Courrier non arrivé.	Pas de courrier Courrier perdu. Courrier mal orienté.	Pas de candidature. Manque de la totalité des candidatures. Retard par rapport à la programmation des entretiens.	Avant : pas ou peu de candidatures. Dispersion des lieux de réception des candidatures. Après : Appel de candidats non convoqués.	Formaliser une procédure du circuit de réception des candidatures.
6	DS/ CSS	Préparer les entretiens de sélection (analyse, 1 ^{ère} sélection, pré affectation).	Grille d'entretien (dont critères).	Perte de temps. Trop de temps consacré.	Absences de profils de poste et de fonction, de projet de service ou obsolètes.	Préparation non pertinente voir non productive.	Avant : Exhaustivité et documents à jour. Après : Entretien improductif, sélection difficile.	Généraliser la création et l'actualisation des outils. Etablir une procédure d'entretien.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
7	DS & secrétaire	Convoquer les candidats.	Courriers. Voir tel. Voir courriels.	Convocation non parvenue à temps ou pas du tout au candidat.	Consigne à la secrétaire, imprécise. Coordonnées erronées.	Pas de candidature. Manque de la totalité des candidatures. Retard par rapport à la programmation des entretiens.	Avant : Pas ou peu de candidatures. Après : Appel de candidats non convoqués.	Confirmer le rendez-vous. Si non confirmation, contact téléphonique.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
8	DS & CSS	Conduire les entretiens de sélections.	Grille d'entretien. Fiche de poste. Fiche de fonction. Synthèse éventuelle d'un entretien précédent.	Trop de temps consacré. Entretien non productif. Candidat qui ne se présente pas.	Inadéquation entre le candidat et l'offre. Documents demandés non fournis par le candidat. Besoin mal défini et/ou mal compris. Outil de sélection inadapté. Le candidat s'est engagé dans un autre EPS.	Manque de critères objectifs de sélection. Recrutement à relancer.	Avant : pièces du dossier manquantes. Attitude préalable du candidat. Après : outil de sélection incomplètement renseigné.	Conduire l'entretien en binôme avec un garant du respect de la procédure prévue.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
9	DS & CSS	Effectuer le choix.	Synthèse des entretiens.	Difficulté dans le choix.	Niveau d'exigence inadapté. Entretien non productif. Manque de candidat.	Besoin institutionnel non satisfait.	Avant : outil de sélection incomplètement renseigné. Synthèse non pertinente. Dissonance entre les recruteurs. Après : proportion de candidats retenus faible.	Réévaluer le niveau d'exigence.
10	DS	Informé le DRH pour validation du choix.	Oral. Ecrit.	DRH pas ou mal informé.	Information non arrivée ou distorsion.	Absence de validation.	Avant : écrit non parvenu. Après : absence ou réponse tardive.	Sécuriser le circuit de l'information.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
11	DS/ Secrétaire	Informers les candidats des résultats des entretiens et de leurs affectations.	Téléphone. Confirmation par courrier.	Courrier non arrivé ou tardivement.	Consignes pas ou mal respectées. Retard.	Candidat non informé. Candidat perdu.	Avant : délai de réponse trop long. Après : appel de candidat. Candidat perdu.	Réduire les délais de réponse. Formaliser les procédures.
12	DRH	Constituer le dossier administratif.	Lettre de candidature. Pièces fournies par le candidat.	Dossier incomplet.	Pièces fournies tardivement.	Délai d'embauche rallongé.	Avant : délai trop long entre le choix et l'information du candidat. Après : temps moyen de constitution d'un dossier.	Formaliser la procédure.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
13	DS/ CSS	Informers les cadres.	Oralement.	Information non transmise.	Oubli. Absence du CSS/CS.	Service non informé.	Avant : S'assurer de la présence du CSS/CS. Après : Professionnel non attendu.	S'assurer de la présence des acteurs.
14	CSS/ CS/ Med	Accueillir le professionnel sur le pôle.	Procédure d'accueil.	Oublis, répétitions.	Absence ou non respect de la procédure.	Information insuffisante préjudiciable à la prise de fonction.	Avant : professionnel non attendu. Après : manifestation d'inquiétude avant la prise de fonction.	Planifier et coordonner les actions.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
15	CS/ PT/ NP	Organiser la prise de fonction.	Entretien. Présentation du service, des professionnels, de l'organisation du travail selon procédure.	Oublis, répétitions.	Absence ou non respect de la procédure. Déran- gement.	Informa- tion insuffi- sante préjudi- ciable à la prise de fonction.	Avant : manifesta- tion d'inquié- tude avant la prise de fonction. Après : prise de fonction perfec- tible.	Remettre le livret d'accueil du service.
16	CS/ PT	Encadrer le profes- sionnel.	Tutorat. Utilisation des outils organisa- tionnels du service. Décou- verte des malades et des soins.	Opéra- tionnalité insuffi- sante.	Capacité d'adapta- tion insuffi- sante. Encadre- ment perfec- tible.	Adaptation difficile. Autonomie retardée.	Avant : charge de travail impor- tante. Manque de disponibi- lité des enca- drants. Après : oublis, erreurs, incerti- tudes.	Rendre efficiente les organisa- tions. Adapter le planning de prise de fonction à l'activité.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
17	CS/ PT/ Med	Evaluer le professionnel.	Procédure de suivi. Avis du tuteur, des pairs, du cadre, de l'équipe médicale.	Insuffisance de critères objectifs.	Suivi parfait.	Evaluation insuffisamment argumentée.	Avant : encadrement insuffisant. Procédure de suivi parfaite. Après : critères d'évaluations inexploitable.	Formaliser les outils à partir de critères objectifs.
18	DS/ CSS	Valider l'évaluation.	Rapport d'évaluation.	Evaluation insuffisamment argumentée.	Encadrement insuffisant. Procédure de suivi parfaite, critères d'évaluations inexploitable.	Validation refusée. Evaluation à refaire.	Avant : rapport d'évaluation inexploitable. Après : mise en stage repoussé.	Construire un rapport d'évaluation fondé à partir de critères fiables.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
19	DRH/ DS	Proposer la mise en stage.	Rapport d'évaluation.	Dossier incomplet. Information non transmise.	Manque de pièces. Absence d'un des acteurs.	Retard dans la mise en stage	Avant : vérification du dossier. Après : mise en stage différée.	s'assurer de la présence des acteurs. Vérifier que le dossier soit complet.
20	DRH/ DS/ CSS/ CS/ NP	Informers les cadres et le professionnel.	Oralement. Confirmation par courrier.	Information non transmise.	Information pas arrivée.	Interrogation du NP et de l'encadrement.	Avant : écrit non parvenu. Après : insatisfaction des acteurs.	Transmettre l'information avec rigueur.
21	DRH/ Panel de professionnels	Accueillir le professionnel dans l'institution.	Journée d'accueil. Visite. Présentation. Remise du livret d'accueil.	Annulation de la visite NP non informés.	Absence du guide. Absence de convocation.	Visite ajournée.	Avant : Disponibilité du guide. Après : absence des acteurs.	Transmettre l'information avec rigueur. s'assurer de la présence des acteurs.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
22	CS/ PT/ Med	Evaluer le professionnel.	Procédure de suivi. Avis, des pairs, du cadre, de l'équipe médicale.	Insuffisance de critères objectifs.	Suivi parfait.	Evaluation insuffisamment argumentée.	Avant : encadrement insuffisant. Procédure de suivi parfaite. Après : critères d'évaluations inexploitable.	Formaliser les outils à partir de critères objectifs.
23	DS/ CSS	Valider l'évaluation.	Rapport d'évaluation.	Evaluation insuffisamment argumentée.	Encadrement insuffisant. Procédure de suivi parfaite, critères d'évaluations inexploitable.	Validation refusée. Evaluation à refaire.	Avant : rapport d'évaluation inexploitable. Après : mise en stage repoussée.	Construire un rapport d'évaluation fondé à partir de critères fiables.

N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
24	DRH/ DS	Proposer la titularisation.	Rapport d'évaluation.	Dossier incomplet. Information non transmise.	Manque de pièces. Absence d'un des acteurs.	Retard dans la mise en stage.	Avant : vérification du dossier. Après : mise en stage différée.	S'assurer de la présence des acteurs. Vérifier que le dossier soit complet.
25	DG/ DRH/ Instances	Titulariser.	Décision.	Non présentation du dossier.	Erreur de la procédure.	Titularisation non effective.	Avant : vérification des dossiers présentés. Après : insatisfaction des acteurs.	Préparer rigoureusement les dossiers et la commission.
26	DRH/ DS/ CSS/ CS	Informers les cadres et le professionnel.	Oralement. Confirmation par courrier.	Information non transmise.	Information pas arrivée.	Interrogation du NP. Et de l'encadrement.	Avant : écrit non parvenu. Après : insatisfaction des acteurs.	Transmettre l'information avec rigueur.