



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

**STRATEGIE DU DIRECTEUR DES SOINS
DANS
LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT
DES JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMIERS**

Jean-Pierre GLORIAN

Remerciements

La disponibilité, l'empathie et le professionnalisme de l'ensemble des personnes rencontrées en entretiens m'ont été d'une aide précieuse pour construire ce mémoire.

Une autre pensée ira vers Christine, Lionel, Alexis, Nicolas, Louise qui se souviendront de ces vacances particulières cette année... et qui auront par leurs soutiens contribué à ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMERS: APPROCHE CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIE D'ENQUETE	3
1.1 Le processus de recrutement dans une gestion des ressources humaines de qualité.....	3
1.1.1 La gestion des ressources humaines/ leur modernisation : une priorité récurrente du ministère	3
1.1.2 Les enjeux d'un recrutement de qualité	5
1.1.3 Le processus de recrutement.....	5
1.1.4 La place du directeur des soins dans le processus de recrutement /la collaboration avec le directeur des ressources humaines	6
1.1.5 Qualité et processus de recrutement / sa place dans la démarche d'accréditation (Version 1) puis de certification (Version2)	7
1.1.6 La place de la GPEC dans le processus de recrutement.....	9
1.1.7 La compétence et le processus de recrutement.....	11
1.2 La place de la formation initiale des jeunes professionnels infirmiers en amont du processus de recrutement.....	12
1.2.1 L'alternance stage/institut de formation : vecteur de socialisation	13
1.2.2 Stage et projet professionnel	15
1.2.3 Le partenariat entre les directions des soins des hôpitaux et les instituts de formation.....	15
1.2.4 Les facteurs d'attractivité d'une structure pour un jeune professionnel	16
1.3 Les différentes séquences du processus de recrutement.....	17
1.3.1 La détermination du besoin	17
1.3.2 La sélection des jeunes professionnels	17
1.3.3 L'affectation des jeunes professionnels	19
1.3.4 L'accueil et l'intégration dans l'institution et dans l'unité	19
1.3.5 L'évaluation et la décision de la mise en stage	21

1.4	Notre questionnaire.....	22
1.4.1	Problématique	22
1.4.2	Les hypothèses	22
1.5	La méthodologie d'enquête : les entretiens semi directifs	23
1.5.1	Le choix des établissements.....	23
1.5.2	Le choix des professionnels interviewés	23
1.5.3	Les entretiens semi directifs	24
2	LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMIERS /ANALYSE DES ENQUETES – STRATEGIE ET PROPOSITIONS D’ACTIONS DU DIRECTEUR DES SOINS.....	25
2.1	Analyse des enquêtes.....	25
2.1.1	La présentation des centres hospitaliers A et B.....	25
	A) Le centre hospitalier A.....	25
	B) Le centre hospitalier B	26
2.1.2	Les acteurs interviewés	26
2.1.3	Les thèmes abordés	28
2.1.4	Analyse des entretiens par thème et type d'acteurs	28
	A) Les caractéristiques du personnel infirmier	29
	B) Les besoins en professionnels infirmiers	29
	C) L'attractivité d'un établissement d'une unité	30
	D) Le stage de projet professionnel	31
	E) La sélection des futurs professionnels infirmiers	31
	F) L'affectation	33
	G) L'accueil et l'intégration	33
	H) L'évaluation et la décision de « mise en stage ».....	36
	I) Le processus de recrutement entre DRH et DS.....	37
	J) La coopération entre les structures de soins et les instituts de formation.....	38
	K) Le processus de recrutement et la qualité des soins / le processus de recrutement et GRH de qualité	40
2.1.5	Synthèse des processus de recrutements dans les établissements A et B sous forme de chaînes étendues	41

2.1.6	Synthèse de l'enquête de terrain et vérification des hypothèses	43
2.2	Stratégie et propositions d'actions du directeur des soins pour optimiser le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers.....	45
2.2.1	Les préconisations.....	45
2.2.2	La stratégie du directeur des soins	45
	A) Inscrire le projet d'amélioration du processus de recrutement dans une logique institutionnelle	45
	B) Intégrer les axes d'amélioration dans le projet de soins	47
	C) Impliquer les acteurs dans l'amélioration du processus.....	48
	D) Déterminer une méthodologie pour le projet	50
2.2.3	Les projets	52
	A) La formalisation du processus de recrutement des personnels soignants et de rééducation et médico technique : de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel.....	53
	B) L'optimisation de l'encadrement des futurs professionnels infirmiers.....	54
	C) La mise en œuvre d'une démarche d'accueil, d'intégration et l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers dans les unités.....	56
2.2.4	Les perspectives du projet	58
	CONCLUSION	59
	Bibliographie	61
	Liste des annexes.....	65

Liste des sigles utilisés

AFNOR : association française des normes

ANAES :agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation des établissements de santé

ANPE :agence nationale pour l'emploi

CDD : contrat à durée déterminée

CHU : centre hospitalier universitaire

DEP :directeur d'école paramédicale

DIFSI :directeur d'institut de formation en soins infirmiers

DRH :directeur des ressources humaines

DS :directeur de soins

ENSP :école nationale de la santé publique

FHF :fédération hospitalière de France

GPEC :gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

GRH :gestion des ressources humaines

IFSI :'institut de formation en soins infirmiers

IG :infirmière générale

ISO : international organization for standardisation

INTRODUCTION

L'hôpital d'aujourd'hui doit relever plusieurs défis : financier avec la mise en place de la tarification à l'activité, de sécurité et de qualité des prestations dispensées et de recrutement selon les régions, dans les domaines médicaux ou paramédicaux (infirmières, manipulateurs en imagerie,...).

L'une des réponses de l'hôpital à cette dernière problématique est la mise en place d'une politique de recrutement de qualité malgré un contexte de ressources limitées, afin d'assurer un haut niveau de développement et de compétence des jeunes professionnels. Un rapport ministériel de 1994 sur la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics met en exergue « *des modes de recrutement, de notation, d'affectation qui demeurent inchangés ; alors que l'on agit sur l'implication par la participation, sur les compétences par la formation, en s'appuyant sur un encadrement dont l'évolution est au cœur du processus de changement* »¹

Une stratégie centrée sur l'amélioration du processus de recrutement est l'un des axes que le directeur des soins (DS) peut développer afin d'assurer la sécurité et qualité des soins. Ce lien entre la gestion des ressources humaines (GRH) et la qualité constitue l'un des intérêts de ce mémoire professionnel.

De plus la nécessité d'anticiper les évolutions futures et la capacité des individus à s'y inscrire sont pour les directeurs des soins (gestion ou formation) et les directeurs des ressources humaines (DRH), deux raisons majeures de s'engager dans une politique d'optimisation des ressources humaines, en matière de recrutement.

Le recrutement ne se réduit pas à la phase de sélection du jeune professionnel. Cette étape ne constitue qu'une des premières étapes du processus de recrutement qui dans le cadre de cette étude débute par la sélection puis se poursuit pendant la phase d'intégration dans l'institution et dans l'unité jusqu'à l'évaluation précédant la mise en stage en vue de la titularisation.

Ce sujet évoque plusieurs activités du directeur de soins. Tout d'abord, l'activité de gestion des ressources humaines, avec une exigence de qualité que ce soit dans les phases de sélection, d'accueil, d'intégration et d'évaluation du recrutement en concertation avec la direction des ressources humaines. Un projet de recrutement de qualité constitue pour le directeur des soins l'un des dispositifs nécessaires pour obtenir la sécurité et la qualité et des soins dont il est garant. La problématique du recrutement des

¹TAVERNIER N, MAHE M.C, BARATAY P, GUERIN T. *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*. Rapport d'étude. Ministère des affaires sociales, de la santé, et de la ville.1994 ,33p

jeunes professionnels infirmiers interpelle les directeurs des soins « gestion » et les directeurs des soins d'instituts de formation. Cela peut être une occasion pour instaurer ou développer un partenariat centré sur la qualité de la formation de futurs professionnels en stage avec pour finalité le renvoi d'une image « attractive » du centre hospitalier de référence.

La première partie est consacrée à une approche conceptuelle du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers en le resituant d'abord dans une politique de gestion des ressources humaines de qualité. Nous évoquons ensuite l'importance de la formation initiale en alternance dans la construction de jeunes professionnels compétents. Ensuite, nous définissons les différentes séquences du processus de recrutement. Puis, nous présentons la problématique de ce thème et la méthode d'enquête retenue. L'analyse des enquêtes menées sur ce sujet, les propositions d'actions et la stratégie du directeur des soins pour optimiser le processus de recrutement constituent la seconde partie de ce mémoire.

1 PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMERS: APPROCHE CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIE D'ENQUETE

1.1 Le processus de recrutement dans une gestion des ressources humaines de qualité

La politique de la gestion des ressources humaines est en constante évolution depuis plus de quinze ans. Les enjeux d'un recrutement de qualité dans la réussite de cette politique sont multiples. Celui-ci se définit aujourd'hui comme un processus où la collaboration entre la direction des ressources humaines et la direction des soins est primordiale. Ce processus de recrutement est ensuite abordé à travers la procédure d'accréditation, la GPEC, le concept de compétence.

1.1.1 La gestion des ressources humaines/ leur modernisation : une priorité récurrente du ministère

La société change, le contexte économique est de plus en plus difficile, les relations entre les hommes évoluent, le management à l'hôpital comme dans toute autre entreprise doit donc s'adapter. Depuis la circulaire de Michel Rocard de 1989 qui indique la voie pour passer d'une gestion statutaire à une gestion plus centrée sur les métiers et les compétences ; différentes mesures incitatives ont été prises pour favoriser la modernisation de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique :

- l'intégration de la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) dans le volet «ressources humaines » des contrats d'objectifs et de moyens (1996) ;
- la définition de niveaux d'exigence en gestion des ressources humaines dans les référentiels d'accréditation ;
- l'élaboration d'un guide méthodologique de GPEC (1998) et du projet social (2002) ;
- La création de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique par le décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001² ;

Ses missions sont de :

²REPUBLIQUE FRANCAISE,2001-Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001, relatif au Conseil Supérieur de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, 30 décembre 2001, p 21432

- Suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière ;
- Contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et proposer des orientations prioritaires, en particulier en matière de formation ;
- Apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications ;
- Recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques ;

Les ressources humaines occupent une place importante à l'hôpital. Ce capital humain est une richesse pour les hôpitaux mais au prix d'un coût important pour la communauté nationale. Il représente en effet 70% en moyenne des dépenses des budgets hospitaliers.

Cette problématique n'est pas nouvelle, mais se révèle encore plus aigue avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité depuis 2004. Dans un contexte budgétaire 2005 difficile ; la fédération hospitalière de France (FHF) attire l'attention par un courrier destiné aux parlementaires et un communiqué de presse sur l'insuffisance de l'enveloppe budgétaire des hôpitaux³. Il est donc naturel que les responsables économiques souhaitent maîtriser les dépenses dans un domaine qui représente plus des deux tiers des dépenses des budgets hospitaliers.

Malgré ces difficultés, il est de plus en plus nécessaire de maintenir compétitive la qualité de la force de travail traduite en termes de compétences. Le recrutement poursuit l'objectif de mettre à disposition des services, des ressources humaines adaptées à leurs besoins dans le cadre des objectifs de l'établissement car c'est par le savoir-faire des équipes que le développement technologique peut se poursuivre. « *Maîtriser la dimension humaine et sociale, c'est donc aussi participer à la maîtrise des dimensions techniques et économiques* »⁴. « *La plus grande attention doit donc 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* »⁵.

³FHF « *Courrier adressé aux parlementaires sur les budgets hospitaliers et la T2A* » .*La lettre de la FHF, Avril 2005, n°3, p3*

⁴DEMARAIS G MARTINET C. sous la direction de RAZER J. *La maîtrise de la gestion des ressources humaines*. Guides de l'AP-HP. Paris: Lamarre, 2000 . 79p ,p7

⁵ ABBAD.J .*organisation et management hospitalier*. Berger-levrault. Paris, 2001

1.1.2 Les enjeux d'un recrutement de qualité

La durée du parcours professionnel peut atteindre désormais quarante ans. Il augmente donc la probabilité d'occuper des emplois ou des postes multiples. La sélection d'un jeune professionnel infirmier ne se limite donc plus à la seule perspective d'un emploi défini demandant des aptitudes spécifiques mais aussi à sa capacité à s'adapter et à évoluer.

Le processus de recrutement constitue la première pierre d'une réelle politique de gestion des ressources humaines en donnant une place importante à la gestion et la fidélisation du personnel en considérant celui-ci comme une ressource stratégique.

L'accueil et l'intégration d'un jeune professionnel ont pour objectifs de faciliter sa compréhension de l'organisation, de développer rapidement un sentiment d'appartenance à l'institution et à l'unité d'affectation afin d'évoluer rapidement du stade de novice à celui d'expert afin qu'il puisse dispenser des soins de qualité au niveau de l'unité et participer efficacement aux évolutions de l'établissement tout en progressant lui-même.

Depuis quelques années, dans un contexte de pénurie de personnel, d'évolutions des attentes et besoins du public, l'accent est mis sur la dimension individuelle de la gestion des compétences. En effet, les professionnels sont de plus en plus en quête de reconnaissance et revendiquent la notion de « projet professionnel personnalisé ».

Les enjeux sont donc multiples : d'abord une optimisation des ressources en effectifs en lien avec l'activité réelle, ensuite une dispensation de soins de qualité, enfin une définition et évolution des compétences requises.

Le thème du recrutement est abordé sous la forme d'un processus en différentes étapes, la sélection des jeunes professionnels infirmiers n'en constitue qu'une étape.

1.1.3 Le processus de recrutement

Un processus de recrutement des jeunes professionnels a pour objectifs de sélectionner de manière la plus objective possible des jeunes professionnels mais aussi de les rendre rapidement opérationnels en raccourcissant les délais d'acquisition des connaissances et compétences spécifiques à l'unité d'affectation.

« Dans l'entreprise, on définit le processus comme une suite d'activités agencées en ordre logique pour obtenir un résultat qui doit être une valeur ajoutée pour les clients »⁶.

Le processus de recrutement a pour finalité de répondre aux besoins d'un client qui est le service d'affectation, dans le cadre du projet d'établissement dont le client final

⁶DEMARAIS G MARTINET C. sous la direction de RAZER J. *La maîtrise de la gestion des ressources humaines*. Guides de l'AP-HP. Paris : Lamarre, 2000.79p p13,

est le patient. Le processus de recrutement est décliné de manières différentes selon les auteurs. Nous retenons la déclinaison du processus de recrutement en cinq phases proposée par Monique Boutly-Salou⁷.

Le processus de recrutement en cinq phases⁸

Analyse du besoin	Identification des besoins / Analyse des ressources/Définition des postes
Prospection/recherche	Prospection interne / Prospection externe
Sélection /décision	Tri des candidatures / Test et questionnaires / Entretiens / Décisions
Intégration	Accueil et intégration
Evaluation	évaluation

Monique Boutly-Salou préconise une phase préalable d'analyse du besoin afin de déterminer : le nombre de postes concernés, ainsi que les qualifications nécessaires en fonction du projet d'établissement et du projet de service. Le candidat retenu, la décision de recrutement prise, le processus se poursuit par l'accueil et l'intégration dans le service où il est affecté. La phase d'évaluation facilite la compréhension des difficultés rencontrées et réajuster au besoin la procédure utilisée.

La déclinaison des étapes de ce processus met en évidence des zones de convergences entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.

1.1.4 La place du directeur des soins dans le processus de recrutement /la collaboration avec le directeur des ressources humaines

Le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière détermine dans son article 4, le rôle du directeur des soins dans la gestion des ressources humaines : « *Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il élabore avec l'ensemble des professionnels le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité (...). Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* »⁹

⁷Directrice des ressources humaines et de la qualité au centre hospitalier de Pontorson (Manche)

⁸BOUTLY-SALOU M. la politique de recrutement. In *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 2 le développement des ressources humaines* coordination DERENNE O, LUCAS A. Rennes. ENSP, 2002, pp 157-178, p158

⁹REPUBLIQUE FRANCAISE,2002- décret N°550-2002 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française N°95,23septembre 2002, texte n°10 p 7187

L'interprétation des verbes *participer et proposer* est variable d'un établissement à l'autre. La formalisation d'un processus de recrutement bâti en fonction des zones d'interventions et de compétences des deux directions nous apparaît donc comme une nécessité.

Un processus de recrutement de qualité impose la mise en place d'une véritable politique commune avec pour finalité une rigueur accrue dans la sélection et l'évaluation des professionnels et un accueil et un accompagnement facilitant l'acquisition des compétences par le jeune professionnel, mais aussi le suivi de l'évolution du professionnel.

Les DRH reconnaissent la légitimité de la direction des soins pour juger des compétences des jeunes professionnels. Notre responsabilité se trouve ainsi engagée légitimement vis à vis de l'institution, de l'agent et aussi surtout du malade. La pertinence des décisions prises dans ce domaine s'appuie principalement sur l'implication forte de l'encadrement soignant dans ce processus, en particulier dans la qualité de l'évaluation des jeunes professionnels.

L'interdépendance entre la démarche qualité et la qualité des hommes chargés de la mettre en œuvre est fortement affirmée dans les procédures d'accréditation car : « *La compétence du personnel représente un atout essentiel pour que l'hôpital puisse développer une démarche qualité* »¹⁰

1.1.5 Qualité et processus de recrutement / sa place dans la démarche d'accréditation (Version 1) puis de certification (Version2)

L'accréditation vise le développement d'un processus d'amélioration de la qualité. L'hôpital s'engage à mettre en place les moyens adaptés, en particulier dans le domaine des ressources humaines pour mener à bien une politique de qualité dans le domaine des soins.

Dans la première version¹¹, le processus de recrutement se décline dans plusieurs références du référentiel GRH:

- La référence 1 prône des fonctions de gestion des ressources humaines aux responsabilités clairement identifiées.

¹⁰ BOUTLY-SALOU M. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière .Tome 2 le développement des ressources humaines* coordination DERENNE O, LUCAS A .Rennes. ENSP, 2002 , section II, la politique de recrutement pp 157-178, p158 ANAES

¹¹ ANAES. *Le manuel d'accréditation des établissements de santé/première procédure d'accréditation*,1999 - mise à jour Juin 2003. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques

- La référence 4 préconise la mise en place d'une GPEC, la création de fiches de fonction et de profils de postes, la nécessité d'assurer les prestations de soins selon les compétences.
- La référence 5 recommande que le recrutement tienne compte des profils de poste
- La référence 6 insiste sur l'importance des procédures d'accueil et d'intégration concernant à la fois l'établissement et les secteurs d'activités, les professionnels et les stagiaires
- La référence 7 préconise l'identification des besoins individuels en formation. Une formation peut être nécessaire pour un jeune professionnel afin d'acquérir rapidement les spécificités d'un service.
- La référence 8 stigmatise les notions de maintien et de niveau de compétence et l'importance de la formation continue
- La référence 11 évalue la mise en place d'indicateurs et d'enquêtes de satisfaction auprès du personnel.

Cette première version de l'accréditation des établissements de santé a probablement accéléré la mise en place ou le développement des démarches qualités dans les établissements. Pourtant dans le domaine de la GRH, des axes de progrès subsistent. A la fin du premier semestre 2006, l'accréditation laissera définitivement la place à la certification.

Dans la seconde version, la Haute Autorité de Santé a remplacé la notion d'accréditation par celle de certification: « *Cette nouvelle version s'inscrit dans la dynamique voulue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹² qui fait de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé* ». ¹³.

Plusieurs références et critères du manuel font référence à la gestion des ressources dans trois des quatre chapitres.

- La référence 3 reprend les références 1 et 4 du référentiel GRH (identification des responsabilités, GPEC)
- La référence 9 : *reprend* dans ses critères les références 5 à 8 du référentiel GRH. Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé. Il s'appuie également sur des fiches de poste ou de métier. L'accueil et l'intégration des personnels sont mis en œuvre. La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels. Chaque membre du personnel doit bénéficier

¹²REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 - Loi n°810-2004 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie. Journal officiel de la République Française n°190, 17 août 2004, p 14598

¹³ANAES *Le manuel d'accréditation des établissements de santé/seconde procédure d'accréditation* septembre 2004. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques

d'une évaluation à travers des procédures et des outils adaptés aux différents secteurs d'activités.

- La référence 47 s'assure que La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.

Les référentiels d'accréditation font tous deux référence à La GPEC. Que ce soit dans l'approche qualitative ou quantitative, celle-ci a un rôle important à jouer dans le processus de recrutement.

1.1.6 La place de la GPEC dans le processus de recrutement

Depuis 1988, malgré de nombreuses incitations peu d'hôpitaux mettent en œuvre les principes de l'outil « GPEC ». Michèle GANTIER constate dans un article de « gestions hospitalières »¹⁴ que l'approche « quantitative » de la GPEC en lien avec la gestion des flux n'était que très rarement effective. Ils existent très peu de plans de remplacements à moyen terme pour anticiper les départs en retraite, en congés maternité

.Quant à l'approche « qualitative » de la GPEC, correspondant à la gestion des compétences, les projets de service, n'abordent pas les conséquences en effectifs, emplois et compétences.

L'importance de l'évaluation prévisionnelle des compétences à venir est particulièrement bien explicitée dans ce texte de Geneviève KREBS¹⁵ :

« Une entreprise a des besoins en ressources humaines en fonction de la charge de travail du moment et des objectifs à atteindre, mais elle doit également devancer les besoins à venir en fonction de la stratégie, les évolutions du marché et des caractéristiques propres au marché. Pour y parvenir, elle doit définir l'évolution de ses ressources humaines au plus juste. (...). Elle établit un état des lieux de ses ressources du moment ainsi que des ressources futures, sur une période allant jusqu'à trois années

L'écart mesuré facilite la mise en place d'une stratégie de recrutement et des plans de formation à venir.»¹⁶

La GPEC permet d'anticiper les évolutions des effectifs qu'elles soient naturelles ou liées aux besoins de l'établissement. En fonction du nombre de postes concernés, de l'évolution des compétences nécessaires liés aux projets de l'hôpital, différentes

¹⁴ GANTIER .M « gestion des compétences et démarche qualité dans les hôpitaux » .

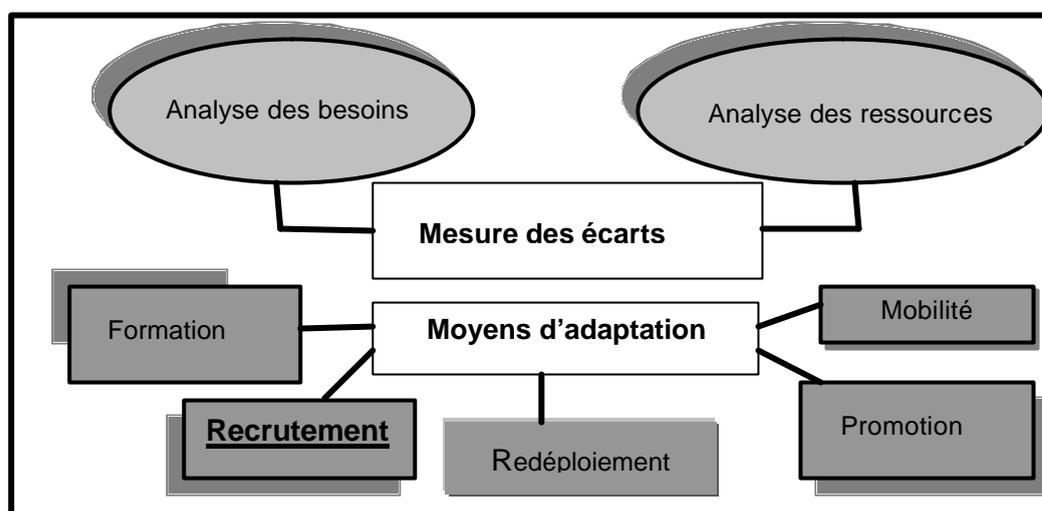
Gestions Hospitalières. mars 2005.n°444, p195

¹⁵ Formateur psychocoach au sein de l'Institut français de l'écoute et du management à Paris

¹⁶ KREBS G . *ressources humaines /nouvelles pratiques selon l'ISO 9001*, Saint Denis :AFNOR, 2004.164p

stratégies peuvent s'imposer (tableau page suivante), le recrutement est l'une d'entre elles.

Gestion prévisionnelle de l'emploi et politique de GRH¹⁷.



Les deux approches de la GPEC présentent un double intérêt pour le directeur des soins.

L'absence d'anticipation face notamment aux évolutions technologiques et à l'évolution de la démographie hospitalière est source de difficultés à court, moyen et long terme pour le directeur des soins. Un manque de gestion prévisionnelle dans les hôpitaux publics aboutit par exemple à des recrutements dans l'urgence, toujours pénalisant pour l'établissement et pour la personne recrutée. Pourtant la situation risque de s'aggraver à moyen terme dans les dix prochaines années du fait du départ massif en retraite et de la croissance des besoins liés au vieillissement de la population et justifie à elle seule l'implication du directeur des soins dans la mise en place par la DRH d'une GPEC. « *Aujourd'hui on ne peut parler de pénurie, mais plutôt de tension à certains moments et à certains endroits* »¹⁸.

L'un des aspects de la GPEC concerne la gestion des compétences, Cette notion de compétence intervient à différents stades du processus de recrutement d'un jeune professionnel infirmier; que ce soit au niveau de sa sélection, de son accompagnement,

¹⁷BOUTLY-SALOU M. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 2 le développement des ressources humaines* coordination DERENNE O, LUCAS A .Rennes. ENSP. 2002, section II, la politique de recrutement pp 157-178, p159

¹⁸BARTHES.R, *module gestion des ressources humaines, support de cours*. ENSP 2005

que ce soit au moment de son évaluation dont elle doit constituer le socle d'une évaluation objective.

1.1.7 La compétence et le processus de recrutement

Le concept de compétence a évidemment toute sa place dans différentes phases du processus de recrutement.

En effet, dès la phase **d'analyse du besoin**, une étude s'avère utile pour déterminer les « compétences » utiles au fonctionnement d'un service et déterminer les effectifs nécessaires. Dans la phase de **sélection**, la finalité est de sélectionner les plus « compétents » parmi un nombre important de postulants; bien que la sélection de jeunes professionnels sans expérience ne puisse s'appuyer sur des compétences acquises, mais plutôt sur des aptitudes difficiles à mettre en évidence. Pendant la phase d'**intégration**, le jeune professionnel, accompagné d'un tuteur développe les compétences spécifiques au service d'affectation. L'instauration d'un suivi du jeune professionnel facilite une **évaluation** structurée d'objectivée par les compétences acquises ou en cours d'acquisition par le jeune professionnel.

De multiples définitions de la compétence existent, elles ne peuvent être toutes développées ici. Il existe aujourd'hui de multiples interprétations du concept de compétence. Arbitrairement, nous retenons la définition du répertoire des métiers :

« C'est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoirs être. »

La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation.

Une compétence peut être spécifique d'un métier ou commune à plusieurs métiers. La compétence est toujours sujette à apprentissage. Elle est évaluable, progressive à travers des degrés de maîtrise et reconnue à travers soit un diplôme ou un parcours de formation qualifiante, soit par la validation des acquis de l'expérience »¹⁹

Le jeune professionnel doit rapidement acquérir les connaissances et les compétences spécifiques à ce poste. Cette étape doit être formalisée. Un accompagnement personnalisé (tuteur ou parrain) et l'existence de documents ressources (référentiels de compétences, profils de postes,...) permettent à la personne

¹⁹ *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* ;Rennes : Editions ENSP, 2004 .435p

concernée de s'intégrer dans une situation de travail et plus largement dans un environnement professionnel. «*Les référentiels ne sont à proprement parler que des « références », ce sont des points de repères (...). Ce sont des cibles par rapport auxquelles les individus vont entrer dans le processus de construction des compétences, vont apprendre à agir avec compétence*»²⁰. Les référentiels ne décrivent pas les compétences régulières et singulières élaborées par chacun.

L'acquisition des compétences au cours de la formation ne fait pas du jeune diplômé infirmier un professionnel prêt à faire face à toute situation. Il est nécessaire de donner à tout jeune professionnel un temps d'adaptation, de prise de repères, dans le cadre du travail qui sera le sien. Un minimum d'accompagnement est indispensable.

C'est pourquoi, il est indispensable d'investir du temps dans l'encadrement de l'étudiant d'aujourd'hui, jeune professionnel de demain. Nous sommes responsables de près de 50% de la formation du «produit fini» qui se présente devant nous. C'est pourquoi, nous considérons la formation initiale a un rôle à jouer en amont du processus de recrutement.

1.2 La place de la formation initiale des jeunes professionnels infirmiers en amont du processus de recrutement

L'alternance entre le lieu de stage et l'IFSI participe à une construction identitaire et sociale au travail. Le stage : *lieu de socialisation* représente un temps important de formation. Durant cette période, l'étudiant acquiert un niveau de compétence global, mais la multiplicité des lieux de stage et la spécificité de ceux-ci ne lui permettent pas d'acquérir une compétence dans chaque domaine spécifique.

L'objectif du directeur des soins est de recruter les jeunes professionnels les plus compétents possibles. Les structures hospitalières ont donc intérêt à s'impliquer dans une coopération avec les instituts de formation pour former un jeune professionnel rapidement opérationnel.

Nous essaierons de démontrer par la suite que le soin mis à l'encadrement des stagiaires et des jeunes professionnels renforce l'attractivité d'une structure. C'est pourquoi, nous sommes convaincus que l'implication de la structure hospitalière dans le processus de formation a des conséquences positives dans tout le processus de recrutement : de la sélection à l'évaluation du jeune professionnel infirmier.

²⁰LE BOTERF G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4^{ème} édition. PARIS : Editions ORGANISATION.2004 .564p.p90

1.2.1 L'alternance stage/institut de formation : vecteur de socialisation

La formation initiale des infirmières repose sur une organisation pédagogique en alternance qui permet la confrontation à une palette de figures identitaires. Isabelle BOITIN²¹ décline le modèle de la socialisation professionnelle présenté par E.C. Hughes pour les infirmières :

La *première année de formation* est la phase d'immersion dans le milieu professionnel, les étudiantes la décrivent comme une année de découverte du milieu hospitalier et de la profession d'infirmière.

La *seconde année* se caractérise par l'installation dans la dualité entre le modèle idéal et le modèle réel. La confrontation à de multiples figures identitaires leur permet d'identifier le profil d'infirmière vers lequel ils désirent s'orienter, c'est le « *choc de la réalité* »²².

Pour conclure ce processus, la *troisième année* est celle de la conversion ultime ou de l'intériorisation stable. Il s'agit pour les étudiants de consolider cette image de l'infirmière qu'ils ont transformée tout au long de leur deuxième année, en sachant que celle-ci n'est pas figée une fois pour toute.

Une étude réalisée dans la DRASS du Nord pas de calais²³ met en évidence une perte de 30% des étudiants infirmiers entre l'entrée et la sortie de l'IFSI. Plusieurs hypothèses sont avancées : un certain nombre d'entre eux ont le projet professionnel de devenir aide soignant et abandonnent les études d'infirmières, une fois leur première année validée ce biais est utilisé pour éviter de payer les études d'aide soignantes, payantes à la différence des études d'infirmières. Une autre cause des départs en première année est liée à l'augmentation des quotas d'entrée en IFSI, qui ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des candidatures, avec pour conséquence un tri moins sévère des étudiants en difficulté dès la première année. On note aussi des abandons en fin de deuxième année d'étudiants ayant des résultats satisfaisants, mais faisant le constat de la lourdeur des responsabilités des infirmières et leur distanciation par rapport aux malades.

La formation des infirmières est fondée sur l'alternance. L'ensemble du programme se déroule pendant trente huit mois, avec un temps de formation sensiblement équivalent en institut et en établissement de santé. Le temps de formation

²¹ BOITIN I. *Formateurs et formation professionnelle*, sous la direction de GOUDEAUX A, LORAUX N, SLIWKA C. Collection fonction cadre de santé. Paris : Editions LAMARRE, Juillet 2004 chapitre 15, construction identitaire à l'épreuve des motivations, pp 252-274,327p

²² DUBAR C. *La socialisation / construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, p149

²³ DRASS Nord Pas de Calais. *Etude de la déperdition des étudiants en IFSI dans la région*. Février 2005(non publiée)

en stage correspond à 1680H de stages cliniques obligatoires et 700 heures de stages laissées à l'appréciation des équipes pédagogiques. Les stages organisés par les équipes enseignantes des instituts de formation en soins infirmiers se déroulent dans trois grandes disciplines différentes, en fonction du potentiel de stage, du projet pédagogique de l'institut de formation en soins infirmiers et du projet professionnel de l'étudiant.²⁴

Un stage en milieu professionnel est l'occasion d'entrer en contact avec la réalité du métier et d'acquérir les compétences professionnelles essentielles dans l'échange avec des acteurs de terrain. L'étudiant infirmier, à l'occasion de ses stages en milieu hospitalier entre en rapport avec la « culture d'entreprise », l'esprit du lieu constitué d'un ensemble de normes, d'habitudes, d'organisations, de rites, de valeurs et de traditions. Ces éléments apportent le fondement de son identité et son statut social, à travers l'appartenance à un groupe professionnel. Cette situation de formation est cependant plus complexe qu'il n'y paraît : « *Chaque communauté professionnelle est structurée selon des normes, des règles, des valeurs, des usages plus au moins implicites qui interagissent avec l'organisation rationnelle et explicite du travail* »²⁵. Les stagiaires sont amenés, au gré des circonstances, à prendre connaissance de ce qui structure cette communauté de pratiques et à en apprendre les valeurs.

Les rapports entre les différents acteurs qui participent à la formation peuvent être conflictuels. Nous le constaterons dans un établissement durant l'enquête. Les professionnels de terrain se plaignent du manque d'opérationnalité des nouveaux venus. Les jeunes diplômés signalent un écart important entre ce qui est appris à l'école et le terrain. Les formateurs évoquent le bas niveau de recrutement, le manque de vocation qui explique ce manque d'efficacité malgré le renforcement de l'apprentissage théorique et pratique.

En 2001, les décrets et arrêtés viennent modifier l'organisation des stages pendant la durée des études. L'élément le plus innovant concerne la création d'un stage de projet professionnel effectué à l'issue de la formation. Ce texte est appliqué pour la deuxième année en 2005.

²⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, Journal officiel de la République Française du 4 octobre 2001 n°230 pp15641-15642

²⁵ BOURRET.P et DURAND.M *Formateurs et formation professionnelle*, sous la direction de GOUDEAUX A, LORAUX N, SLIWKA C. Collection fonction cadre de santé. Paris : Editions LAMARRE, Juillet 2004 chapitre 14, tutorat et formation initiale au travail infirmier, pp 239-251,327p

1.2.2 Stage et projet professionnel

L'étudiant est confronté à des expériences diverses : « La diversité des points de vue, la confrontation à la différence vont conduire l'étudiant, à élaborer son projet personnel en regard des contraintes, des normes, de la réalité de sa profession tout en y apportant ce qu'il a de créatif et d'innovant »²⁶. De même, en fonction des lieux de stages, les valeurs dominantes seront différentes, tout comme la conception des soins, voire le métier d'infirmier qui y exercé.

Aider l'étudiant à formaliser son projet professionnel, c'est l'amener à identifier quel type de professionnel il veut être et quel service lui permettra de s'épanouir en fonction de ses caractéristiques personnelles.

Depuis 2001, il est mis en place : « *Un stage de projet professionnel d'une durée de huit semaines au minimum et de 12 semaines au maximum {...} en fin de formation* ». L'objectif est de mettre l'étudiant en situation de prise de responsabilité, d'entraînement à son exercice ultérieur. Il peut être effectué dans un service qui ne sera pas celui d'affectation. Quelques établissements ont fait le choix de restreindre le cadre de ces stages aux futurs lieux d'exercice pour effectuer une adaptation à l'emploi rapide, efficace et moins coûteuse puisque contenue dans un temps d'apprentissage. Il permet aussi à l'étudiant de confirmer son projet professionnel.

Les étudiants sont confrontés à différents modèles au cours de la formation. Le renforcement du partenariat entre l'hôpital et l'institut doit permettre d'atténuer le décalage entre les deux lieux d'apprentissage.

1.2.3 Le partenariat entre les directions des soins des hôpitaux et les instituts de formation

La réussite de la formation en alternance dépend étroitement de la volonté des établissements et instituts de formation et de leurs aptitudes à concentrer leurs efforts et coordonner leurs actions pour former des futurs professionnels de qualité

Le principe d'action de l'alternance est contenu dans le partage des responsabilités de la formation entre l'hôpital et l'IFSI. Pour sa mise en forme concrète, et pour obtenir les bénéfices escomptés d'une formation en alternance, ce principe de partage des responsabilités doit se traduire par un partenariat effectif, actif et exigeant. Il est indispensable de créer des synergies entre ces différents acteurs, partenaires de la formation. Il est fondamental d'organiser les complémentarités, permettre l'affrontement des différences au service des futurs professionnels.

²⁶JEANGUIOT N. « Approche de l'alternance en formation : étude comparée de la formation des enseignants à l'I.U.F.M et de la formation des infirmiers ». *Recherche en Soins Infirmiers*, juin 1999 N°57, pp57-87

La collaboration entre Institut de formation et lieu d'accueil en stage est indispensable pour que l'accueil, l'encadrement des étudiants se réalisent dans des conditions favorisant l'acquisition des compétences par les futurs professionnels : « *L'organisation des stages relève de la compétence des instituts de formation en collaboration avec les responsables des structures d'accueil. Les objectifs de stages sont définis par les équipes enseignantes des IFSI en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants sur le lieu de stage. Chaque stage doit faire l'objet d'une analyse qualitative afin d'évaluer le degré de réalisation des projets* ». ²⁷

Le directeur des soins dans les structures d'accueil, est impliqué dans la formation des étudiants et dans le déroulement des stages. En effet, « *Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants, lors de leur stage au sein de l'établissement [...]. Il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement* » ²⁸

1.2.4 Les facteurs d'attractivité d'une structure pour un jeune professionnel

Dans le secteur de l'entreprise, en premier lieu intervient l'image du métier. Les possibilités d'évolution professionnelle sont aussi un critère pris en compte ainsi que, bien évidemment, l'image publique de l'entreprise. Les pratiques d'intégration apparaissent essentielles. La période de stage est une période propice à attirer les futurs professionnels. La qualité de l'accueil, du tutorat et de l'encadrement ont une influence certaine sur le choix ultérieur de l'élève à rejoindre, une fois diplômé, les équipes professionnelles de cet établissement.

Pour la fidélisation des personnels, la réflexion est à peu près identique. Il est généralement admis que « la motivation et l'implication durable des salariés sont le corollaire de l'engagement des entreprises vis à vis d'eux. Dans les plans d'actions pour les entreprises pour agir sur le recrutement, il est indiqué : de soigner le premier accueil, de favoriser la mise en place d'une fonction tutorale, d'articuler gestion des compétences et évaluation, de réduire les causes de pénibilité d'améliorer les conditions de vie au travail l'organisation du travail.

L'analyse des facteurs d'attractivité pour les jeunes professionnels infirmiers sera abordée dans la seconde partie.

²⁷ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

²⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002- Décret N°550-2002 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Titre 1. Article 4 & 5 Journal officiel de la République Française N°95, 23 septembre 2002, texte n°10 p 7187

Après avoir évoqué les facteurs intervenant en amont du processus de recrutement, nous développons chaque étape de ce processus. Le processus de recrutement se construit en respectant une suite logique d'étapes, contrairement aux idées reçues elle ne se limite pas à la procédure de sélection. Il commence par l'analyse quantitative des jeunes professionnels à recruter jusqu'à l'évaluation précédant la titularisation.

1.3 Les différentes séquences du processus de recrutement

1.3.1 La détermination du besoin

Cette détermination du besoin s'appuie sur l'existence ou la prévision à court terme des vacances de poste, des transformations ou créations de postes ; cette étape est fondamentale, l'implication du directeur des soins est à ce stade indispensable. Cette étape est menée en étroite collaboration avec la DRH.

Avant toute prise de décision en matière de recrutement, il est nécessaire de se poser la question de savoir si le poste doit être pourvu, et si c'est le cas, un départ peut être l'occasion de réajuster la dotation en effectif en fonction de l'activité réelle des services. Le départ peut être aussi une occasion de transformer un poste afin de s'adapter à l'évolution qualitative de l'activité d'une unité.

Cela nécessite donc une anticipation quantitative et qualitative des besoins en effectifs de l'institution et conforte la nécessaire mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. L'approche par le métier et les compétences, privilégiée par la GPEC permet de mieux cerner le contenu du poste. La nomenclature des emplois type vient d'être complétée par le référentiel métier²⁹

1.3.2 La sélection des jeunes professionnels

La sélection des candidatures est une phase importante du processus de recrutement. Une analyse préalable des courriers de motivation et du curriculum vitae par le directeur des soins est d'autant plus nécessaire que le nombre de postulants est élevé. Cette analyse arrête la liste des candidats à recevoir. L'organisation de la sélection des jeunes professionnels doit permettre de recevoir un maximum de candidats en un minimum de temps, afin de faire connaître rapidement aux postulants la décision les concernant. Nous ne devons pas négliger le fait que nous sommes quelquefois en concurrence avec d'autres établissements. *«Les modalités de l'entretien doivent être*

²⁹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ; Rennes : Editions ENSP, 2004 .435p

*définies en fonction de la culture de l'établissement ; des protocoles devront être établis. Les protocoles peuvent imposer le choix de critères de recrutement, le déroulement de l'entretien, l'obligation de transmettre un compte rendu d'entretien à la DRH, les modalités de restitution de l'entretien aux candidats »*³⁰

L'objectif de l'entretien est de s'assurer des aptitudes, des motivations des jeunes professionnels et sa capacité à s'adapter aux évolutions de l'entreprise. Nous devons prendre connaissance du projet professionnel du candidat dans l'optique future de son affectation. Cet entretien a tout intérêt à être balisé afin d'assurer une certaine équité entre les candidats. Une grille d'entretien peut nous y aider. Le dossier scolaire constitue souvent l'élément central de l'entretien, car il nous donne une appréciation des capacités relationnelles, organisationnelles et de la qualité des soins dispensés par le futur professionnel. L'analyse des résultats théoriques n'est pas à négliger car elle nous donne une « idée » sur la capacité intellectuelle des candidats. Malgré tout, l'entretien reste fortement soumis à la subjectivité et à la maîtrise de l'interviewer. En laissant le champ libre aux projections personnelles, le risque est de manquer de rigueur dans l'exploitation et l'interprétation des résultats récoltés. *« Quelque soit le professionnalisme de l'interviewer, ce type d'entretien ne peut prétendre être suffisant pour obtenir toutes les informations utiles à une évolution de potentiel. En effet, il paraît particulièrement difficile, en restant autour d'une table, d'évaluer avec suffisamment d'objectivité certaines capacités spécifiques comme le sens de l'organisation »*³¹. Ce constat donne encore plus de poids aux évaluations pendant la durée du contrat.

Pourtant, malgré ses limites, l'entretien de recrutement reste incontournable. Celui-ci a une forte validité aux yeux des candidats. Il permet d'humaniser et d'objectiver le processus de décision de recrutement. Il constitue un moyen efficace pour identifier les comportements sociaux et les motivations du candidat.

Pour les jeunes professionnels infirmiers, la sélection est gérée par la direction des services de soins, qui possède l'expertise pour juger de la compétence et du potentiel des postulants. Elle propose ensuite la liste des jeunes professionnels à recruter, la DRH validant ce choix. La charge des « embauches » est déléguée généralement au directeur des ressources humaines.

³⁰BOUTLY-SALOU M. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 2 le développement des ressources humaines* coordination DERENNE O, LUCAS A .Rennes. ENSP. 2002, section II , la politique de recrutement pp 157-178 , p173 ,294 p

³¹MARSAL.L *.La détection des potentiels /pour une gestion anticipée des ressources humaines et des carrières.* ESF éditeurs 1998-collection formation permanente - séminaires Mucchielli p158

1.3.3 L'affectation des jeunes professionnels

L'affectation des jeunes professionnels infirmiers s'appuie sur la recherche d'une convergence quand cela est possible entre les besoins de l'institution et les souhaits des jeunes professionnels. Une affectation dans le service où l'étudiant a effectué son stage de projet professionnel ou son stage diplôme d'état raccourcit la période d'adaptation du jeune professionnel.

En période de pénurie, les exigences des jeunes professionnels sur le lieu d'affectation furent souvent au centre des entretiens de sélection. A l'exception de certaines régions toujours en difficulté, l'offre et la demande en infirmiers se sont équilibrées, ce qui facilite les relations lors de l'entretien de recrutement entre les protagonistes. Dans la plupart des établissements, les jeunes professionnels bénéficient dans un premier temps d'un contrat à durée déterminée. La durée du CDD varie selon les établissements. Dans certaines régions en pénurie ou pour certains postes peu attractifs, la mise en stage est quelquefois proposée d'emblée.

Leur affectation reste donc souvent dans un premier temps provisoire. Pourtant, nous devons proposer dans la mesure du possible une affectation au directeur des ressources humaines, prenant en compte le parcours en stage et le projet professionnel des postulants, même si ce n'est que dans un second temps.

1.3.4 L'accueil et l'intégration dans l'institution et dans l'unité

Un accueil et une intégration réussie facilitent le positionnement du jeune professionnel dans l'unité et la structure. Ils raccourcissent le temps nécessaire pour acquérir rapidement les repères et les compétences afin d'être rapidement opérationnel. Elle facilite l'acquisition d'un sentiment d'appartenance et de culture d'entreprise afin qu'il puisse mettre ses compétences au service de toute l'institution lors de projets transversaux.

Depuis quelques années les procédures d'accueil et d'intégration dans les institutions et à un degré moindre dans les unités se sont formalisées. L'accueil et l'intégration nécessitent la mise en place d'une politique d'accueil et d'intégration dont les principaux initiateurs sont le directeur des ressources humaines et le directeur des soins pour les soignants. Dans le cas des jeunes professionnels infirmiers, l'accueil est d'autant plus important que ce premier emploi représente un moment singulier dans la vie d'un individu. Cette politique nécessite l'emploi d'outils et de supports

Les **journées et les livrets d'accueil** dans les hôpitaux existent mais les contenus restent variables. Le souci de l'accueil et de l'intégration est plus marqué dans les services très spécialisés.

La **notion de tuteur** ou de parrain tend à se développer. Le tutorat a pour finalité un accompagnement individualisé du nouvel arrivant afin de faciliter l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de ses fonctions, son intégration dans une situation de travail et plus largement dans un environnement professionnel. Dans les hôpitaux, comme dans les entreprises, ce point est souvent négligé par manque de temps, de disponibilité ou besoin que le travail du nouvel embauché soit au plus vite rentabilisé.

« *Le système de parrainage présente plusieurs avantages :*

- *il permet au nouveau d'entrer plus facilement en contact avec l'équipe ;*
- *il invite le personnel à vouloir échanger et partager ;*
- *il permet au parrain d'avoir un œil détaché du poste et peut-être d'identifier des dysfonctionnements, comme pourrait le remarquer un auditeur ;*
- *il permet d'éviter les « pots cassés » en répondant au besoin immédiat avec la bonne façon de faire.»³²*. Cette définition du système de parrainage confère un rôle d'intégrateur du nouvel arrivant, mais aussi un rôle d'« encadrant au plus près » afin de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins. Il participe de fait au suivi et à l'évaluation du jeune professionnel.

Le projet du « Plan national santé mentale » préconise la mise en place d'un tutorat de proximité en faveur des nouveaux infirmiers dans les services de psychiatrie : « *Les tuteurs sont financés par l' ANFH et formés par les IFSI.* »³³ La préconisation de ce dispositif confirme l'intérêt du ministère pour cette démarche. Nous pouvons d'ailleurs décliner le rôle du tuteur pour l'ensemble des services de soins de l'hôpital.

Il faut relever par ailleurs le rôle de formation confié aux IFSI dans ce domaine.

Le « **bilan de compétences** »³⁴ a pour objet de permettre à tout individu d'analyser ses aptitudes, compétences personnelles et professionnelles et ses motivations.

Il permet à l'individu de gérer ses ressources personnelles, d'organiser ses priorités professionnelles. Pour un jeune professionnel, cet outil va lui permettre à partir de l'écart entre le niveau requis et le niveau constaté **d'élaborer un plan de formation personnalisé avec son cadre** pour l'aider dans l'acquisition des compétences spécifiques au service.

³² KREBS.G *ressources Humaines, nouvelles pratiques selon l'ISO 9001*; Saint denis. AFNOR. juillet 2004, 164 pages ;

³³ « Le tutorat pour les nouveaux infirmiers en psychiatrie ». *La gazette de l' hôpital* ; juin 2005 , N°56 p3, *les études hospitalières, Bordeaux*

³⁴ Le véritable bilan de compétences répond à des règles. Il est établi par un organisme extérieur à l'entreprise.

Le référentiel de compétences, cet outil recense de manière ordonnée les compétences requises pour un poste. Elles peuvent être regroupées et structurées en grands domaines de compétences. Cet outil a le principal intérêt pour le jeune professionnel de lister les compétences spécifiques du service à acquérir. A l'aide de cet outil le cadre établit un « plan de bataille » hiérarchisant les priorités et fixant des repères dans le temps pour le jeune professionnel. De plus, il constitue également un formidable outil de suivi et d'évaluation des jeunes professionnels mais aussi de l'ensemble des professionnels de l'unité. La création d'un référentiel de compétences nécessite au préalable que les professionnels de l'unité aient établi des références communes, accessibles à tous après un nécessaire mis à plat des fonctionnements individuels

La **formalisation des postes de travail** permet d'identifier les responsabilités, les moyens mis à sa disposition. C'est l'unité de base de l'organisation du travail, définie et délimitée concrètement dans l'espace et le temps, indépendamment de la personne qui l'occupe, constituée d'un ensemble d'activités, selon une rationalité technique et organisationnelle.

1.3.5 L'évaluation et la décision de la mise en stage

Les ressources humaines constituent la richesse de l'hôpital, aussi il importe que chacun, grâce à l'entretien d'évaluation, arrive à bien se situer dans l'unité dans laquelle il évolue, comprenne mieux les missions qui lui sont confiées.

Dans le cas de jeunes professionnels infirmiers, le statut de départ est bien souvent celui de contractuel à durée déterminée. La durée de ce contrat est variable. Cette période « d'essai » permet donc de vérifier les compétences de l'agent et son adaptation au poste de travail. A la différence de la phase de sélection, où le recruteur s'appuie principalement sur un entretien pour prendre sa décision quant à l'embauche d'un jeune professionnel infirmier, les évaluations pendant la durée du contrat peuvent s'appuyer sur un suivi de l'évolution des compétences du jeune professionnel à partir de l'avis des professionnels : collègues et médecins.

La qualité de l'argumentaire de ces évaluations par l'encadrement de proximité repose à la fois sur l'utilisation d'outils de suivis, mais aussi sur l'aptitude de l'encadrement à se positionner clairement et objectivement par rapport au jeune professionnel. C'est la qualité de l'évaluation qui permet une décision objective et argumentée du directeur des soins quant à la proposition de prolongation de contrat ou à la décision de mise en stage du jeune professionnel, ultime période d'essai avant la titularisation.

1.4 Notre questionnaire

1.4.1 Problématique

Le processus de recrutement a pour objectifs de sélectionner de manière la plus objective possible des jeunes professionnels mais aussi de les rendre rapidement opérationnels en raccourcissant les délais d'acquisition des connaissances et compétences spécifiques à l'unité d'affectation. Il ne fait pas toujours l'objet d'une politique institutionnelle. La répartition des rôles entre la DRH et la DS est par ailleurs rarement formalisée, ce qui crée des zones d'incertitudes lors des changements de personnes dans l'une ou l'autre de ces directions.

La formation initiale se veut la plus généraliste possible et réduit le temps de stage en milieu hospitalier. L'hyperspécialisation des unités ne leur permet pas d'acquérir certains savoirs spécifiques à l'issue de leur formation pour acquérir une autonomie suffisante pour exercer pleinement leur fonction. Cette relation entre institut et hôpital, responsables conjointement de la formation initiale est souvent réduite à sa plus simple expression.

Il semble tout aussi important de ne pas faire l'économie d'une réflexion sur les capacités de l'hôpital à attirer les jeunes professionnels infirmiers de qualité dont elle a besoin. Nous citerons ici le commentaire d'une jeune professionnelle, expliquant les critères d'attractivité d'une structure : *« Pour moi, la qualité de l'encadrement en stage est important dans le choix d'une structure, si les infirmiers n'encadrent pas les futurs professionnels, comment voulez vous être encadré quand vous êtes un jeune professionnel ? »* .

La généralisation d'un accompagnement des jeunes professionnels infirmiers et la création de référentiels facilitant l'intégration des compétences spécifiques à l'unité restent exceptionnelles. Le manque de précision des évaluations résulte souvent de la conséquence d'un suivi et d'un accompagnement approximatif du jeune professionnel. Elle aboutit quelquefois à la mise en stage de jeunes professionnels se révélant tardivement insuffisant.

C'est pourquoi en regard à cette problématique ma question de départ s'attachera à appréhender les modalités des processus de recrutement dans différentes structures.

1.4.2 Les hypothèses

L'enquête s'attachera donc à vérifier plusieurs hypothèses.

➤ Le partenariat entre la direction des soins et les directions d'IFSI n'est pas suffisamment utilisé dans la mise en place d'un projet concourant au

développement de l'amélioration du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers

➤ Le manque d'outils objectifs et de procédures formalisées semble laisser trop de place à la subjectivité lors de la sélection par le directeur des soins et majore le risque de sélection inadaptée des postulants

➤ Les missions respectives de la direction des soins et de la direction des ressources humaines dans le processus de recrutement ne font pas toujours l'objet d'une formalisation précisant le rôle de chaque direction.

➤ L'absence de projet d'accompagnement des jeunes professionnels infirmiers et de documents ressources majore une difficulté d'intégration au sein de l'unité et laisse trop de place à la subjectivité lors de l'évaluation

La vérification de ces hypothèses nous aidera à répondre à cette question :

Comment concrétiser le rôle de la direction des soins dans les différentes étapes du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers ?

1.5 La méthodologie d'enquête : les entretiens semi directifs

L'étendue du thème, le temps limité pour rédiger ce mémoire et la multiplicité des acteurs concernés sont à l'origine du choix de ce type de méthodologie.

Ces entretiens furent précédés et suivis de recherches documentaires sur les thèmes abordés.

1.5.1 Le choix des établissements

Une étude documentaire m'autorise à penser que le problème de pénurie infirmière concerne essentiellement aujourd'hui la région parisienne. Les entretiens ont tous été menés dans des centres hospitaliers de taille intermédiaire, comparable à mon établissement d'affectation. L'ensemble des entretiens a été réalisé dans des établissements de trois régions frontalières.

1.5.2 Le choix des professionnels interviewés

Les enquêtes seront menées principalement auprès de professionnels dans les établissements hospitaliers et les IFSI de mes deux premiers stages, que je compléterai avec des entretiens de professionnels d'autres structures de taille équivalente.

La méthode retenue est celle des entretiens semi directifs, un guide d'entretien est établi par fonction. (*Annexe*)

La plupart des thèmes abordés sont communs afin de permettre le recoupement des **informations. Ils se dérouleront dans les deux principaux établissements concernés par** l'étude, auprès de Directeurs de soins, de DRH, de Directrices d'IFSI, de cadres supérieurs chargés du recrutement, de jeunes professionnels ayant moins d'un an

d'ancienneté, de cadres soignants ayant accueillis ces jeunes professionnels. Des entretiens avec des professionnels d'autres structures ont pour vocation d'enrichir la réflexion.

A la lumière tardive de l'analyse des entretiens, des entretiens auraient pu être menés auprès de médecins en ce qui concerne l'accueil, l'intégration et l'évaluation des compétences des jeunes professionnels infirmiers.

1.5.3 Les entretiens semi directifs

➤ Organisation des entretiens

Nous avons élaboré un guide d'entretien spécifique par fonction, soit cinq guides d'entretien (DS, Directeur des ressources humaines, Directeur d'institut de formations, cadres soignants, jeunes professionnels).

Lors de l'élaboration des objectifs de stage, nous avons négocié avec les tuteurs de stage, la possibilité de mener notre enquête au sein de leur établissement. En effet, l'importance du panel d'enquêtés rendait difficile l'organisation d'entretiens entre les périodes de stages. Dès les premiers jours de stage, nous avons évoqués en réunions de cadres supérieurs le thème général de notre mémoire, et des profils de jeunes professionnels souhaités. Nous avons retenu volontairement des unités avec des types d'activités différentes.

Tous les entretiens furent réalisés sur rendez vous fixés à la suite d'une présentation préalable de notre thème de mémoire. A la prise de rendez vous, les conditions d'entretiens furent énoncés : disponibilité des interviewés, local, enregistrement des conversations, durée maximale des entretiens. Il est à noter qu'aucun entretien ne fut annulé ou reporté, et que la durée maximale des entretiens a été respectée à l'exception des entretiens avec les directeurs des soins.

➤ Retranscription des entretiens

La durée des entretiens s'étend de 30 minutes (jeune professionnel) à 95 minutes (directeur des soins). La totalité des entretiens représente 23 heures d'enregistrement.

La retranscription de chaque entretien s'est donc faite manuellement dans un premier temps pendant l'écoute des entretiens puis informatiquement par fonction et par thème. Cette seconde étape a abouti à l'édition d'un document facilitant leurs analyses.

2 LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMIERS /ANALYSE DES ENQUETES – STRATEGIE ET PROPOSITIONS D’ACTIONS DU DIRECTEUR DES SOINS

La durée de l'étude et le nombre limité de personnes et d'établissements réduisent la portée de l'analyse aux établissements hospitaliers concernés. Elle constitue essentiellement une source de réflexion, à la base de propositions d'améliorations à décliner selon les établissements.

2.1 Analyse des enquêtes

2.1.1 La présentation des centres hospitaliers A et B

A) Le centre hospitalier A

➤ Présentation générale

Le centre hospitalier A est située dans une région frontalière de la Belgique. Il est le deuxième établissement en importance de la région; il compte 1741 lits et places en MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, maisons de retraites et foyers logements. 910 infirmières y travaillent. L'IFSI accueille 155 étudiants infirmiers en première année.

La Direction des soins du centre hospitalier A est composé de quatre directeurs des soins dont un coordonnateur général des soins et une directrice des écoles paramédicales. 21 cadres de santé supérieurs et 129 cadres constituent l'encadrement soignant du centre hospitalier A, IFSI compris. Un cadre de santé supérieur est placé en fonction transversale depuis plusieurs années dans le domaine de la GRH et en particulier la charge de la sélection des jeunes professionnels et de l'organisation des remplacements en interface avec la DRH

➤ L'étude du projet social et du projet de soins

La réflexion sur le prochain projet de soins a débuté en février 2005, l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants en constituera l'un des axes. Le projet social en cours ne fait pas référence au processus de recrutement.

B) Le centre hospitalier B

➤ *Présentation générale*

Le centre hospitalier B est l'établissement le plus important du département. Il compte 985 lits et places en MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée ; 608 infirmières y travaillent. L'IFSI accueille 120 étudiants infirmiers en première année.

La Direction des soins du centre hospitalier B est composée de quatre directeurs des soins dont un coordonnateur général des soins et un directeur d'IFSI. En dehors du directeur d'IFSI, les trois autres directeurs des soins ont pris leurs fonctions en 2004 ou 2005. L'encadrement soignant est constitué de : 4 cadres de santé supérieurs et 73 cadres, IFSI compris.

➤ *L'étude du projet social et du projet de soins*

La nouvelle équipe de directeurs des soins a élaboré en concertation avec l'encadrement un nouveau projet de soins qui s'intègre dans les travaux d'améliorations à mener en vue du transfert vers un nouvel hôpital prévu en 2007. Plusieurs projets sont en lien direct avec le processus de recrutement ; ils sont à mener en copilotage avec la direction des ressources humaines. Ces thèmes sont développés dans le projet social. Ils concernent l'optimisation de la gestion quantitative et qualitative du personnel avec l'élaboration de procédures de recrutements et l'élaboration d'un dispositif de formation et de montée en compétences.

2.1.2 Les acteurs interviewés

L'enquête s'est déroulée principalement dans l'établissement A et dans l'établissement B. Des entretiens complémentaires se sont déroulés dans trois autres établissements. Nous avons eu aussi l'opportunité de rencontrer une conseillère pédagogique régionale (CPR).

Professionnels concernés par l'enquête / fonction et par thème

Fonction	D Soins IFSI	D Soins CH	DRH	Cadres	Cadres fonction GRH	Jeunes Profession	Conseillère pédagogique régionale	Total
Etablissement								
A	1	2	1	3	1	3		11
B	1	1	1	2	1	2		8
Autres	2	2	2				11	7
Total	4	5	4	5	2	5	1	26

- Sur les **cinq directeurs des soins**, quatre exercent la fonction de coordonnateur général. Trois ont moins de cinq ans d'ancienneté, deux ont plus de dix ans dans la fonction. L'âge moyen des directeurs des soins est de 46 ans.
- Les **quatre directeurs des ressources humaines** ont en charge cette direction fonctionnelle depuis moins de deux ans. Ils exercent tous une fonction de direction depuis moins de six ans. L'âge moyen des DRH est de 33 ans.
- Sur les **quatre directeurs d IFSI**, trois dirigent une IFSI dépendant d'un centre hospitalier, la quatrième gère une école privée (Institut croix rouge). Deux directrices se situent hiérarchiquement placées sous les coordinatrices générales des soins (établissement A et B). La troisième est restée en relation directe avec le DRH. A l'exception de l'une d'entre elles, elles ont plus de douze ans d'ancienneté dans la fonction. Leur âge moyen est de 54 ans.
- Sur les **sept cadres** interrogés, **cinq exercent la fonction de cadre de proximité** dans les établissements A et B, **deux exercent la fonction de cadre supérieur en charge d'une fonction dans le domaine de la GRH** dans ces deux établissements. Nous notons que les cadres et le cadre supérieur de l'établissement A ont fait tout leur parcours professionnel dans plusieurs unités de l'établissement, alors que les cadres de l'établissement B ont toutes un long parcours hors département, même hors région. Cette mobilité des cadres se retrouve aussi chez les infirmières du centre hospitalier B. Les cadres de proximité exercent leurs fonctions depuis moins de cinq ans. Le cadre supérieur du centre hospitalier A est affecté à la cellule de recrutement depuis un an. Son expérience dans plusieurs projets de GRH, est à l'origine de sa nomination. Le cadre supérieur du centre hospitalier B, exerce cette fonction depuis deux ans, en attendant de postuler sur un poste plus « classique » de cadre supérieur. L'âge moyen des cadres de proximité est de 42 ans. Le cadre supérieur de l'établissement A a 52ans, celui de l'établissement B 43 ans.
- Les **cinq jeunes professionnels** interrogés ont tous obtenus leur diplôme fin 2004, aucun n'est issu de la promotion professionnelle. Nous avons fait ce choix afin d'avoir l'opinion de jeunes professionnels ayant bénéficié du stage de projet professionnel. Quatre sont issus des instituts de formation des établissements A et B. Ils sont affectés dans le service depuis au moins deux mois. Leur âge moyen est de 25 ans.

2.1.3 Les thèmes abordés

Ce tableau de synthèse indique les thèmes abordés (case grisée) et les thèmes non évoqués (case blanche) lors des entretiens avec les différents acteurs. Les références entre parenthèses correspondent au chapitre où est abordé le thème.

Synthèse des thèmes abordés par fonction

Thèmes	Acteurs						
	DS CH	DIFSI	DRH	Cadres	Cadres / GRH	Jeunes prof.	CPR
▪ Présentation individuelle des acteurs (2.1.2)							
▪ Présentation de la structure (2.1.1)							
▪ Caractéristiques du personnel infirmier (2.1.4/A)							
▪ Détermination des besoins en professionnel infirmier (2.1.4/B)							
▪ Facteur d'attractivité de la structure (2.1.4/C)							
▪ Les stages de projets professionnels (2.1.4/D)							
▪ La sélection des futurs professionnels (2.1.4/E)							
▪ Les critères de sélection							
▪ L'affectation (2.1.4/F)							
▪ Le dispositif d'accueil et d'intégration des jeunes professionnels (2.1.4/G)							
▪ Place du processus de recrutement dans une politique de qualité des soins, dans une politique de GRH de qualité (2.1.4/K)							
▪ L'évaluation et la « mise en stage » (2.1.4/H)							
▪ Le processus de recrutement entre le DRH et la DS (2.1.4/I)							
▪ Les axes de coopération entre les structures de soins et les instituts de formation (2.1.4/J)							
▪ Le bilan du processus de recrutement (2.1.4)							
▪ Les améliorations à apporter au processus de recrutement (2.1.4)							

2.1.4 Analyse des entretiens par thème et type d'acteurs

Pour éviter d'alourdir inutilement le document, nous ne rappellerons pas l'intitulé exact des questions qui diffèrent quelquefois d'un acteur à un autre. Au besoin, nous les trouverons en annexe (Annexe 1) Les éléments concernant les réponses sur le bilan et les améliorations à apporter au processus de recrutement sont intégrées dans chaque

thème. Nous vous présentons directement l'analyse des entretiens par thème en faisant référence aux commentaires des professionnels en identifiant au besoin leur fonction et l'établissement (A, B, Psychiatrique, Autres)

A) Les caractéristiques du personnel infirmier

Les directeurs d'IFSI (DIFSI) confirment un équilibre du marché de l'emploi. Ils ne notent pas de pénurie actuellement. Les professionnels recrutés sont issus majoritairement ou quasi exclusivement des IFSI des centres hospitaliers. Les établissements effectuent une grande partie de leur recrutement à la sortie des instituts en fin d'année. Le recrutement des infirmières belges en juin s'est arrêté dans l'établissement A à cause de leurs difficultés d'adaptations. A l'inverse dans l'établissement B, le flux de départ vers la Suisse s'est quasiment arrêté. Dans l'établissement A, la majorité des infirmières sont issus du cru local et sont très fidèles à leur établissement. Dans l'établissement B, la mobilité des infirmières est importante, les demandes de mutations d'infirmières d'autres régions sont fréquentes et compensent les départs en cours d'année. Ce mouvement hors région est confirmé par le directeur de l'IFSI.

Plusieurs directeurs des soins mettent en évidence une pyramide d'âge composée de deux groupes de professionnels : des infirmières expérimentées avec plus de dix ans d'ancienneté et un autre groupe constitué de professionnels avec moins de cinq ans d'ancienneté. Cette pyramide des âges questionne en terme de GPEC : « *un problème de compétences et de formation* » (DS, Etablissement A). L'un des directeurs des soins propose de mitiger le recrutement de jeunes professionnels avec des infirmières plus expérimentées afin de réduire sur le long terme les effets d'un départ massif en retraite. Cette problématique confirme l'intérêt de la GPEC sur le moyen et le long terme.

Dans les établissements A et B, les caractéristiques démographiques du personnel infirmier diffèrent d'une unité à l'autre. Dans le service d'hématologie, « *Les dernières arrivées sont les premières à partir, il n'est pas facile aux nouveaux de s'intégrer. Il reste beaucoup d'infirmières anciennes dont il est difficile de changer les pratiques.* » (Cadre/ Etablissement B). Cette remarque nous incite à prendre en compte les « mentalités » dans la mise en place d'une politique d'intégration

B) Les besoins en professionnels infirmiers

Les besoins en recrutement de jeunes professionnels sont déterminés en fonction de la balance des emplois pourvus et non pourvus, des départs en retraite et des mutations à venir sur une période de six mois. Un DS profite de la campagne de recrutement pour négocier avec le DRH une marge de manœuvre pour l'absentéisme.

Dans l'établissement psychiatrique, le contexte de « retour à l'équilibre budgétaire » entraîne une étude systématique en concertation avec les cadres et les chefs de service pour la transformation ou la suppression de postes.

Une détermination précise des besoins quantitatifs en professionnels infirmiers impose une mise en commun d'outils entre la DRH et la DS, comme les tableaux de bords de suivis des effectifs et les tableaux de bords prédictifs sur les départs. Il n'existe pas de réelle GPEC dans les établissements concernés par l'étude, à l'exception d'une gestion prévisionnelle des départs en retraite à 12 mois dans l'établissement psychiatrique.

C) L'attractivité d'un établissement d'une unité

Le facteur d'attractivité cité en premier est celui de la taille de l'établissement et de la multiplicité des services qui favorisent l'acquisition des compétences.

La qualité de l'encadrement en stage apparaît en seconde position chez les jeunes professionnels de l'établissement A, « *Si l'on n'est pas aidé en stage, je ne serai pas aidé en tant que jeune professionnel* » (jeune professionnel /Etablissement A). Ce facteur est également mis en avant par les directeurs des soins et la conseillère pédagogique régionale. Le contrat de fidélisation de deux ans cité chez les jeunes professionnels de l'établissement B n'est pas un gage de fidélisation à moyen terme : « *Je ne serai pas forcément sur le centre hospitalier B, dans trois ans* » (jeune professionnel, Etablissement B). Un jugement négatif est porté par le directeur de l'IFSI de l'établissement B sur l'attractivité de la structure : « *...les étudiants ne sont pas intégrés dans l'hôpital, en dehors des contrats d'allocation d'études les étudiants ne souhaitent pas travailler ici; à de rares exceptions ils sont considérés comme une charge.* ». Il est d'ailleurs paradoxal de noter que les cadres de l'établissement B interviewés mettent en avant les départs de l'établissement. La qualité de l'encadrement des stagiaires est l'un des axes du projet de soins de la nouvelle direction des soins de l'établissement B.

Le facteur géographique intervient aussi : dans l'établissement A, c'est une notion de « proximité géographique » confirmant le recrutement local, dans l'établissement B par contre, c'est une notion de « situation géographique » liée à l'attrait touristique de la région confirmant un recrutement extra régional qui est évoqué.

L'encadrement des stagiaires est donc mis en avant par les jeunes professionnels, mais aussi par des DS et des DIFSI comme l'un des facteurs d'attractivité d'une structure. La mise en place d'une politique dans ce domaine par le directeur des soins aurait pour objectifs : la formation des étudiants, la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la fidélisation des futurs professionnels.

D) Le stage de projet professionnel

« Les stages en général permettent de découvrir les services où l'on n'aimerait pas travailler » (jeune professionnel, établissement B). « De ne pas postuler sur certains stages » (jeune professionnel, établissement A) Les jeunes professionnels et les cadres de l'établissement A jugent que ce stage est une excellente chose : « On n'a plus de responsabilités, on est considéré comme une infirmière », (jeune professionnel, établissement A). Un des intérêts du stage de projet professionnel, c'est qu'il permet aux étudiants de préciser et de conforter leurs choix, de les préparer à la prise de fonction (DIFSI, DS). La majorité des cadres considèrent ce stage comme un « plus » pour entrer dans la vie professionnelle ; « L'encadrement est plus personnalisé, plus d'autonomie est laissée. » (Cadre, établissement A). Ce stage permet au jeune professionnel d'être plus rapidement opérationnel (DS) .Il est quelquefois utilisé dans la sélection des futurs infirmiers (DS d'autres établissements).

Les étudiants soumettent plusieurs choix en première année (Etablissement B) ou en troisième année (Autres établissements). Une préparation spécifique est généralement organisée à l'IFSI. L'encadrement est spécifique dans l'établissement A, il n'est pas généralisé à l'ensemble des unités de l'établissement B. Trois jeunes infirmiers ont été affectés dans l'unité où ils ont effectués leur stage de projet professionnel.

Ce stage doit permettre à l'étudiant de prendre en compte la globalité de la fonction d'infirmière, cela nécessite un encadrement spécifique. La spécificité de ce stage favorise le dépistage de potentiels et de compétences que le directeur des soins pourra prendre en compte lors de la sélection. De manière idéale, une affectation dans ce service limite la durée d'encadrement du jeune professionnel.

E) La sélection des futurs professionnels infirmiers

Dans l'établissement A, une réunion d'information est organisée à l'IFSI indiquant le nombre de postes disponibles. Un premier tri est établi ensuite sur les courriers de motivations et les curriculum vitae, avant d'être reçus en entretien par le cadre supérieur. La liste est établie en fonction de la note délivrée. Des renseignements complémentaires sont quelquefois pris au niveau de l'IFSI.

Dans l'établissement B, une information est faite par un adjoint des cadres de la DRH et le cadre supérieur sur les conditions de l'allocation d'études. Les postulants sont vus en entretien, en début de deuxième année par le cadre supérieur chargé du recrutement et d'un cadre pédagogique qui apporte son éclairage sur le comportement de l'élève, à partir d'une grille d'entretien et du dossier scolaire. La DRH valide la sélection. « *Il est difficile de se forger un avis en fin de première année, Le recrutement de*

15 allocataires minimum correspond à la somme versée par âge pour payer les charges professionnelles, si besoin des recrutements supplémentaires sont effectués » (DS, Etablissement B). Le DRH juge l'établissement suffisamment attractif pour se passer désormais de ce système qui augmente le risque de recrutement inadapté : « *Le recrutement ce n'est pas du 100%* » (DRH, Etablissement B)..

L'importance de la qualité de rédaction des rapports en stage a été mise en évidence dans un autre établissement où les cadres ont fait l'objet d'une formation sur ce sujet. Le DS de cet établissement prend en compte dans sa sélection, l'âge des postulants dans un souci de GPEC pour limiter l'effet de seuil causé par un recrutement massif.

Deux directeurs des soins ont mis en place une traçabilité des stages et associent les cadres à leurs décisions pendant la phase de sélection. Tous les DRH estiment légitimes le recrutement des jeunes professionnels par les DS, ils apportent leurs avis techniques. Les profils de postes ne sont pas utilisés au moment de la sélection, car le recrutement s'effectue pour un centre hospitalier non pas exclusivement pour un service. Une grille d'entretien existe pour la plupart des établissements. La part de subjectivité n'est pas niée : « *Le recrutement n'est pas une science exacte, individu dans une situation donnée à un moment donné ...l'erreur n'est pas irrémédiable car le contrat est à durée déterminée* » (DS, Etablissement A). « *Avec l'expérience professionnelle, au bout d'un certain temps, on voit...* » (Cadre supérieur, Etablissement A). Ce cadre supérieur souhaiterait par contre bénéficier d'une formation aux techniques de recrutements et souhaite associer un autre professionnel à l'entretien pour limiter la subjectivité.

La totalité du dossier scolaire (dossier de première année pour l'établissement B) fait l'objet d'une étude détaillée à la recherche de problèmes récurrents : organisationnels, relationnels,... . Le comportement lors de l'entretien et la capacité du postulant à prendre ses responsabilités interviennent également lors des entretiens de sélection ; pour secteurs spécifiques (psychiatrie), les cadres supérieurs sont quelquefois associés directement à la sélection. Les cadres et les jeunes professionnels des établissements A et B ne connaît pas les critères de sélection.

En tant que futur Directeur des soins, nous estimons que la sélection est une phase importante du processus de recrutement d'un jeune professionnel.

Cette sélection est le résultat d'une collecte d'informations plus ou moins concrètes (lettre, dossier scolaire, comportement pendant l'entretien...). Le premier questionnement concerne le tri des candidatures ; il est lié au nombre de postulants. Une procédure de sélection formalisée et respectée pour l'ensemble des postulants nous semble indispensable et donne une image de rigueur de l'établissement. L'étude du dossier scolaire est fondamentale, pour cela nous devons nous appuyer sur des appréciations de stages argumentées. Le repérage des futurs professionnels

« prometteurs » durant les stages en particulier du stage de projet professionnel et la qualité de la rédaction des rapports de stage nécessitent un suivi des étudiants. Elle associe ipso facto les cadres au processus de sélection car le recueil de ces éléments n'est possible qu'à la condition d'avoir mis en place une politique d'encadrement de qualité dans l'ensemble de l'établissement. La grille d'entretien est souvent utilisée comme un « fil rouge » permettant de passer en revue les points jugés essentiels dans un souci d'équité. La part de subjectivité dans la décision est à réduire, mais elle ne peut être supprimée.

F) L'affectation

A l'exception de secteurs en difficultés, où les jeunes professionnels sont mis de suite en position statutaire de stagiaire, la règle générale est celle du CDD de durée variable (Contrat à durée déterminée).. Les desiderata des postulants sont à prendre en compte dans la mesure des besoins des unités : « *Tenir compte de leur avis, de leur souhait, pour les fidéliser, c'est notre intérêt pour avoir du personnel motivé, pour qu'ils s'éclatent* » (cadre, Etablissement B). « *La motivation est plus élevée si l'on est nommé dans un secteur demandé* » (Jeune professionnel, Etablissement A°).

Les projets et les stages de projets professionnels sont pris en compte, sinon l'affectation est décidée dans le secteur dans un premier temps : « *En cas de non respect du choix, le candidat est informé* » (DS, Etablissement A). Les jeunes professionnels sont affectés en fonction des besoins : « *...pas de parcours du combattant, essai d'orientation vers les secteurs en pénurie sur la base du volontariat* » (DRH/Etablissement B). Dans l'établissement psychiatrique, par contre, les jeunes professionnels ne sont pas affectés avant deux ans sur certains secteurs. L'affectation dans l'unité tient compte du ratio entre les jeunes professionnels et les infirmiers expérimentés.

Dans l'établissement A, les jeunes professionnels sont affectés dans le pool sur des remplacements d'arrêts maladies ou d'arrêts maternités, ou sur des postes vacants attendant d'être mis à la bourse à l'emploi. Les jeunes professionnels ne peuvent postuler sur les postes vacants qu'au bout de 6 mois de présence dans l'établissement.

Bien que la situation de pénurie ne soit plus prégnante dans les établissements concernés par l'enquête et que le rapport de force se soit équilibré entre le « recruteur » et le « recruté ». Le directeur des soins doit faire concorder les projets professionnels des candidats aux secteurs d'affectations disponibles dans un premier ou dans un second temps. L'antériorité d'un stage de projet professionnel dans le service d'affectation facilite par ailleurs considérablement la phase d'intégration.

G) L'accueil et l'intégration

L'accueil institutionnel existe dans la totalité des établissements hospitaliers, mais beaucoup d'établissements remettent en cause le déroulement habituel de ces journées,

soit par constatation d'un absentéisme important (Etablissement B), soit parce que le nombre de sujets à aborder est trop nombreux (Etablissement A). Le DRH de l'établissement B préconise des journées d'accueil déclinées selon les professionnels accueillis. Le DS de l'établissement A préconise un accueil organisé en séquences réparties dans le temps.

Cet accueil est généralement organisé sur une ou deux journées par la direction des ressources humaines, avec la participation de la direction des soins. Le contenu de ces journées d'accueil n'est pas formalisé.

La prise de fonction est « une inconnue » pour le jeune professionnel ; les jeunes professionnels de l'établissement A mettent en avant les notions de responsabilité « *un professionnel doit savoir ce qu'il fait* ». Le besoin d'encadrement, de tutorat est exprimé. Les angoisses et les craintes sont exprimées par les jeunes professionnels des deux établissements, surtout dans les domaines de l'organisation, de la prise en charge des urgences vitales. L'un d'entre eux précise : « *C'est à moi de m'intégrer* », un autre dans l'établissement B parle « *d'un défi à relever* »

Des projets d'accueils et d'intégrations des professionnels sont inscrits dans le projet social ou les projets de soins de plusieurs établissements ou sont prévus dans un avenir proche.

L'accueil et l'intégration dans les unités ne fait pas l'objet d'une procédure généralisée à l'ensemble des services dans les établissements enquêtés. Les DIFSI et les DS font le même constat, tout jeune professionnel doit être encadré à sa sortie de l'IFSI : « *Nécessité d'une adaptation à l'emploi pour acquérir l'autonomie* » (DIFSI/Etablissement A). Les jeunes professionnels bénéficient d'une période de « doublure » qui varie selon les services de quelques jours à quelques mois

Les ressentis des jeunes professionnels sont variables d'une unité à l'autre : « *Dans le temps, on savait tout* » (Jeune professionnel, Etablissement A citant une collègue).

Les jeunes professionnels sont affectés à près de 50% dans leur stage de projet professionnel ou dans leur stage diplôme d'état dans l'établissement B, ce qui diminue leur temps d'intégration. Malgré cela, le DIFSI juge sévèrement l'accueil et l'intégration des jeunes professionnels : « *L'accueil est lamentable, pas d'exigence, très peu de services ont mis quelque chose en place* ».

Il y a un consensus entre les DIFSI et les DS, sur l'intérêt d'un « tuteur ». Ce terme couvre des réalités différentes : d'un établissement à l'autre, il n'est généralisé dans aucun des établissements. Plusieurs directeurs des soins mettent en évidence la nécessité pour les tuteurs de disposer de capacités pédagogiques : « *Le transfert de compétences demande des capacités pédagogiques* » (DS/Etablissement psychiatrique). L'insuffisance d'écrits sur le fonctionnement du service et sur les compétences à acquérir dans la plupart des services de l'établissement A (à l'exception du service d'hémodialyse)

et dans la totalité des services de l'établissement B imposent une « transmission orale » des rouages des services.

A l'exception de l'unité d'hémodialyse (Etablissement A), il n'existe pas de référentiels de compétences à acquérir pour le jeune professionnel. Il ne connaît pas à sa prise de fonction le chemin à parcourir pour maîtriser l'ensemble des domaines d'activités spécifiques du service. Plusieurs jeunes professionnels des établissements A et B préconisent, la création de référentiels identifiant les compétences à acquérir : « *On ne peut pas être compétente sur tout en trois semaines, 3 à 4 mois sont nécessaires* » (jeune professionnel /Etablissement A)

Les profils de poste ou des fiches de poste sont rarement généralisés à l'ensemble des services, ou ne sont pas réactualisés.

La DIFSI de l'établissement A fait ce constat : « *Nous formons des infirmières polyvalentes mais chaque service a sa spécialité, son organisation propre, quelquefois on demande aux jeunes professionnels de s'adapter à une organisation connue par l'oral et jamais écrite* ». Pour les cadres, nous retiendrons une seule définition de l'accompagnement réussi : « *Qui reste chez nous qui apprécie de venir travailler et qui fait son travail avec professionnalisme* » (Cadre/Etablissement B).

Des actions de formation continue sont préconisées à partir d'un bilan de compétence individuel dans plusieurs établissements, que ce soit par les cadres, les DS, les jeunes professionnels. « *La réponse aux besoins des jeunes professionnels ne peut se faire uniquement sur le terrain* » (DS, Etablissement A). Une partie de ces actions de formation pourrait être organisée par l'IFS. Le DS de l'établissement A résume de manière synthétique cette phase d'accueil et d'intégration du jeune professionnel : « *J'arrive sur le terrain, je me pose, je fais le bilan, puis je suis un parcours individualisé* ». Le cadre a un rôle essentiel dans ce dispositif. Le DS de l'établissement A le projet de généraliser le processus d'accueil et d'intégration, de développer le tutorat. Les jeunes professionnels souhaitent des écrits sur les soins techniques et les tâches administratives du service ; des documents existent quelquefois, mais demandent à être réactualisés.

En tant que futur directeur des soins, nous devons nous assurer de la qualité et de l'accueil du jeune professionnel que ce soit dans l'unité ou dans l'institution. La journée d'accueil institutionnel permet par sa présentation de l'hôpital, des projets d'avoir une vision élargie pour comprendre les décisions institutionnelles. Le jeune professionnel est d'abord un acteur de l'institution, avant d'être un acteur de l'unité. La qualité de l'accueil et de l'accompagnement permet au jeune professionnel de gérer son appréhension et favorise la prise de responsabilités. Les accueils institutionnels se sont généralisés mais demandent à être revisités. L'information est soit trop dense, soit trop généraliste pour des professionnels aux attentes différentes. Le « tutorat » existe mais n'est pas généralisé dans les services d'un même établissement. En tant que directeur des soins, nous devons

assurer la coordination et la cohérence de cette politique d'accueil et d'accompagnement des jeunes professionnels. Le profil des tuteurs et leurs missions demandent à être définis, une formation à la pédagogie peut se révéler utile

Le développement des profils de postes, des fiches de postes ou des référentiels de compétences spécifiques au service permettre à la fois aux jeunes professionnels et aux cadres de visualiser les progrès et de s'appuyer sur des éléments concrets pour assurer le suivi et l'accompagnement de ces jeunes professionnels.

H) L'évaluation et la décision de « mise en stage »

Au niveau de l'établissement A, un document « Evaluation des performances des infirmiers contractuels ou stagiaires » est complété par l'encadrement lors d'un entretien avec le jeune professionnel. Ce seul document regroupe les évaluations à deux moments du contrat ou du stage, les objectifs d'amélioration fixés à l'accueil, lors de la première et la seconde évaluation figurent sur la dernière page de ce document. Le DS et le DRH prennent leur décision en fonction des appréciations et de la note globale. Dans l'établissement A, la proposition de mise en stage intervient au bout de quatre mois de CDD. Ce document est ensuite envoyé par le cadre à la direction des soins qui donne son avis, avant que le DRH valide la proposition.

Les jeunes professionnels jugent l'évaluation objective, bien que dans un cas un jeune professionnel regrette de ne pas avoir été présent. Il satisfait l'encadrement rencontré, par contre il est complété dans certains services d'une grille d'évaluation spécifique, bâtie à partir des éléments du référentiel d'acquisition des compétences de l'unité.

Dans l'établissement B, la fiche d'appréciation comporte moins de critères. L'un des jeunes professionnels n'aurait pas subi d'évaluations dans les six premiers mois.

En réalité, une évaluation est réalisée au bout d'un mois, puis tous les 3 mois à chaque renouvellement de contrat de CDD de trois mois, jusqu'à la mise en stage qui intervient en moyenne au bout de 15 mois. L'objectif du DRH est de ramener cette mise en stage à 12 mois : « *L'absence de liens entre les services (renforcé par l'absence de cadres supérieurs), l'absence de suivi et l'inexpérience de cadres (faisant fonction a abouti récemment à une proposition de mise en stage d'un jeune professionnel ne donnant pas satisfaction* » (Cadre supérieur /Etablissement B).

La qualité du suivi, préalable à une évaluation argumentée diffère selon les unités et les établissements enquêtés. Les référents ou les tuteurs s'ils existent sont associés. Dans les autres cas, l'avis de l'équipe est recherché. Dans tous les cas, l'avis des médecins en particulier du chef de service est demandé par le cadre.

Les cadres supérieurs, les DS et les DRH regrettent le trop grand nombre d'évaluations peu argumentées ou non explicites. Dans ce cas, le DS sollicite le cadre

pour qu'il se positionne plus clairement. Le DS de l'établissement A souhaite la généralisation des référentiels de compétences pour faciliter l'argumentation de ces évaluations : « *Les marchés publics sont très encadrés pour un matériel obsolète à cinq ans, alors que la titularisation d'un jeune professionnel engage l'institution pour des décennies* ». Dans les établissements A et B la mise en stage est réalisée à partir d'évaluations spécifiques. Dans deux autres établissements, un concours sur titre est organisé. Le jury établit une liste au mérite, en s'appuyant sur les évaluations successives, le dossier du jeune professionnel (absentéisme en particulier), l'engagement dans les projets de l'institution et d'une lettre de motivation. Les professionnels reconnaissent la nécessité d'améliorer les outils et la qualité de l'argumentaire développé par l'encadrement dans ces évaluations.

En tant que directeur des soins, la qualité de l'évaluation est un élément indispensable à une prise de décision argumentée en vue de la mise en stage. Cette évaluation argumentée nécessite l'élaboration d'outils permettant la planification et la vérification des compétences acquises et la mise en place d'un tutorat. L'intérêt d'une formation à l'évaluation pour les cadres est préconisé par deux DS. Un des intérêts de la mise en place de cette politique est pour le DS d'argumenter auprès des jeunes professionnels et de la DRH le non renouvellement de contrat sur la base d'éléments objectifs. Nous estimons que cette démarche de concours sur titres solennise cette dernière étape avant la titularisation. Souvent, elle est considérée comme une continuité logique avant la titularisation pour les jeunes professionnels. Cette banalisation aboutit quelquefois à « la découverte ou pas » de difficultés qui aboutissent au licenciement tardifs de jeunes professionnels ou à la titularisation d'infirmiers à l'évolution personnelle et professionnelle incertaines.

l) Le processus de recrutement entre DRH et DS

Le processus de recrutement n'est formalisé que dans un seul établissement. Cette formalisation est récente puisque l'ensemble de l'encadrement de cet hôpital en a été destinataire en juillet 2005. Dans les établissements A et B, un cadre supérieur en fonction transversale dans le domaine de la GRH est chargé du recrutement des jeunes professionnels. Pour le DS de l'établissement A, le processus de recrutement est : « *Non écrit, mais tacite et bien définie* ». Il évoque la notion « *d'équilibre des forces* » entre la DRH et la DS. Cela apparaît également de manière indirecte dans le discours du DRH.

Auparavant le DRH aura validée le nombre de jeunes professionnels à recruter. Des propositions de transformations de postes auront été étudiées. Nous notons une certaine confusion dans l'établissement A et un autre établissement au sujet du recrutement d'autres paramédicaux (Kinésithérapeutes, préparateurs en

pharmacie,...). Cette confusion est liée au maintien de fonctionnements antérieurs au décret du 19 avril 2002.

L'ensemble des DRH estime naturelle la sélection « qualitative » des jeunes professionnels infirmiers par les DS. La liste des professionnels retenus par la Direction des soins est ensuite validée par le DRH. Les postulants retenus sont informés par courrier par la DRH. La journée d'accueil et d'intégration dans l'hôpital est souvent gérée en commun. La qualité de l'accueil et de l'accompagnement des jeunes professionnels dans l'unité relève pour les DRH du domaine exclusif de la direction des soins. La liste proposée par le DS est validée généralement par le DRH, sachant qu'en amont l'aspect « quantitatif » du recrutement a fait l'objet d'une discussion préalable entre les deux directions.

En tant que futur directeur des soins, nous consacrerons une part significative de notre temps et de nos projets à la gestion des ressources humaines. Cette gestion des ressources humaines est souvent à la croisée des compétences de la DS et de la DRH. Cette collaboration entre les deux directions doit se concrétiser au quotidien par des partages d'informations formalisés. La majorité des établissements enquêtés organisent une réunion hebdomadaire. Dans les établissements A et B, le recrutement est délégué à un cadre supérieur chargé de missions dans le domaine de la GRH. L'intérêt de ce cadre supérieur en fonction transversale est indéniable dans le domaine de la gestion des remplacements par contre le recrutement des jeunes professionnels infirmiers constitue un temps fort, une opportunité pour faire passer des messages. Dans la mesure où le DS peut consacrer suffisamment de temps à cette tâche, nous n'envisageons pas de déléguer la sélection des jeunes professionnels infirmiers. La qualité de la collaboration entre le DRH et le DS repose principalement sur la confiance entre les différents partenaires.

J) La coopération entre les structures de soins et les instituts de formation

Trois hôpitaux sur quatre ont la charge d'une IFSI hospitalière donc publique. Dans deux IFSI sur trois, les DIFSI admettent difficilement la relation hiérarchique avec la coordinatrice générale des soins. La troisième DIFSI est restée sous l'autorité directe du DRH. L'histoire des IFSI, la notion de territoire et de pouvoir ne sont pas étrangères à ces difficultés. D'ailleurs un directeur des soins d'un établissement public fait ce commentaire : « *C'est plus facile de travailler à une IFSI non rattachée à l'établissement, il n'y a pas de problème de question de pouvoir, chacun respecte l'autre* » (DS, autre établissement) Le directeur de l'IFSI de l'établissement B fait quant à lui ce commentaire : « *La collaboration est difficile, les DS ne disent pas à leurs équipes l'importance de la formation* ». Ces difficultés relationnelles entre les DS et les DIFSI sont particulièrement marquées dans les établissements A et B.

Pourtant quelques actions de coopérations existent, des projets sont à l'étude et souvent le constat quant aux jeunes professionnels est le même. La plupart des établissements organisent à l'IFS de la réunion d'informations aux étudiants de troisième année sur les postes disponibles. Dans un établissement, cette information est faite en commun par le DIFSI et le DS preuve d'une collaboration visible.

Nous avons mis en évidence la qualité de l'encadrement en stage comme facteur d'attractivité du futur professionnel. Dans l'établissement A, une procédure ancienne d'encadrement (1997) existe mais n'est plus appliquée de la manière homogène dans les services et demande à être réajustée. Dans les autres établissements des projets sont en cours, mais l'IFS n'est pas systématiquement associée. Dans l'établissement B, ce projet est inscrit au projet de soins « *à la demande des cadres pédagogiques et soignants et du ressenti négatif des élèves* depuis plusieurs années. » (DS/ établissement B). L'encadrement de l'établissement B se plaint de difficultés liées au manque de planification des stages, ce qui ne favorise pas un accueil serein des étudiants.

Au niveau de la sélection des jeunes professionnels, l'IFS participe directement au processus de recrutement de l'établissement B ³⁵en fin de première année. La DIFSI de l'établissement A met en avant sa connaissance de l'étudiant pour être associé à la sélection, et à l'élaboration de critères de sélection.

Dans le domaine de l'accompagnement des jeunes professionnels, deux DIFSI dont celle de l'établissement A souhaiteraient mesurer l'écart entre le jeune professionnel : « produit fini, sorti de l'institut » et l'attente des clients, c'est-à-dire les services hospitaliers. L'objectif serait de réajuster la liste des compétences à acquérir en formation initiale. Les DIFSI affirment utiliser en première intention les protocoles des établissements de référence, pourtant il existe décalage sur les transmissions ciblées dans les établissements A et B. Dans certains établissements, il existe une participation croisée des cadres de l'IFS et des cadres soignants aux projets des deux structures. La DS note « *une animosité entre les cadres formateurs et les cadres des unités* ». L'IFS de l'établissement A a mis au point un livret d'acquisition qui suit l'étudiant en stage durant sa scolarité. « *Ce livret d'acquisition est une aide qui pourrait assurer un continuum entre la formation initiale reçue par l'étudiant et la formation utile au jeune professionnel.* » (DIFSI/Etablissement A). La DIFSI et le DS souhaitent utiliser de manière plus intensive les compétences pédagogiques de l'IFS, une formation au tutorat est à l'étude. Les problématiques de formations sont au centre des axes d'améliorations proposés par les professionnels interviewés, que ce soit la formation initiale ou continue. L'importance

³⁵cf chapitre 2.1.2/E) la sélection des jeunes professionnels

d'améliorer les liens avec l'IFSI est mis en évidence particulièrement dans l'établissement B, l'arrivée d'un nouveau directeur sortant de l' ENSP cette année est une opportunité.

En tant que futur Directeur des soins, nous ne concevons pas une politique d'encadrement des stagiaires sans une participation effective de l' IFSI . L'ingénierie de la formation dans sa globalité relève naturellement de la compétence des IFSI. Nous devons nous concerter avec l'IFSI sur l'organisation des stages. Nous n'hésiterons pas par ailleurs à solliciter les compétences de l' IFSI dans le domaine de la formation continue, en particulier dans la formation au tutorat des étudiants ou des jeunes professionnels. La diffusion du projet pédagogique de l'institut et du projet de soins est rarement effective dans les établissements enquêtés. Elle nous paraît pourtant comme un pré requis à une coopération efficace. Cette coopération doit permettre d'assurer une continuité entre l'IFSI et l'hôpital afin de développer plus efficacement les compétences des étudiants.

K) Le processus de recrutement et la qualité des soins / le processus de recrutement et GRH de qualité

L'un du premier enjeu d'un processus de recrutement réussi est la sécurité des soins. « *La personne qui arrive est en insécurité, le risque d' « erreur » existe* » (Cadre /Etablissement A°). Les cadres de l'établissement A insistent également sur l'intérêt de valoriser et de responsabiliser les jeunes professionnels.

Les cadres sont bien conscients de l'importance de leur positionnement dans le dispositif : « *Le cadre de santé est garant de son recrutement, pour l'avenir de l'hôpital et la sécurité du patient, les soins de qualité nécessitent de développer les compétences* » (Cadre/ Etablissement A).

Pour le DS de l'établissement A, les enjeux d'un processus de recrutement réussi sont de trois niveaux : personnel pour le jeune professionnel, pour le service et pour l'institution : « *Un bon départ du jeune professionnel, c'est une qualité des soins, une intégration réussie, quelqu'un qui est accueillie, c'est une meilleure reconnaissance de la structure, c'est un « formatage » du jeune professionnel aux valeurs de l'institution* ».

Pour le DRH de l'établissement A, l'intégration est une responsabilité collective : « *Les jeunes professionnels ont besoin d'être guidés, c'est la responsabilité collective de l'encadrement, des collègues* Désormais, une carrière de près de 40 ans s'ouvre pour lui dans la fonction publique hospitalière. L'enjeu est donc de taille pour l'institution qui s'engage avec ce professionnel.

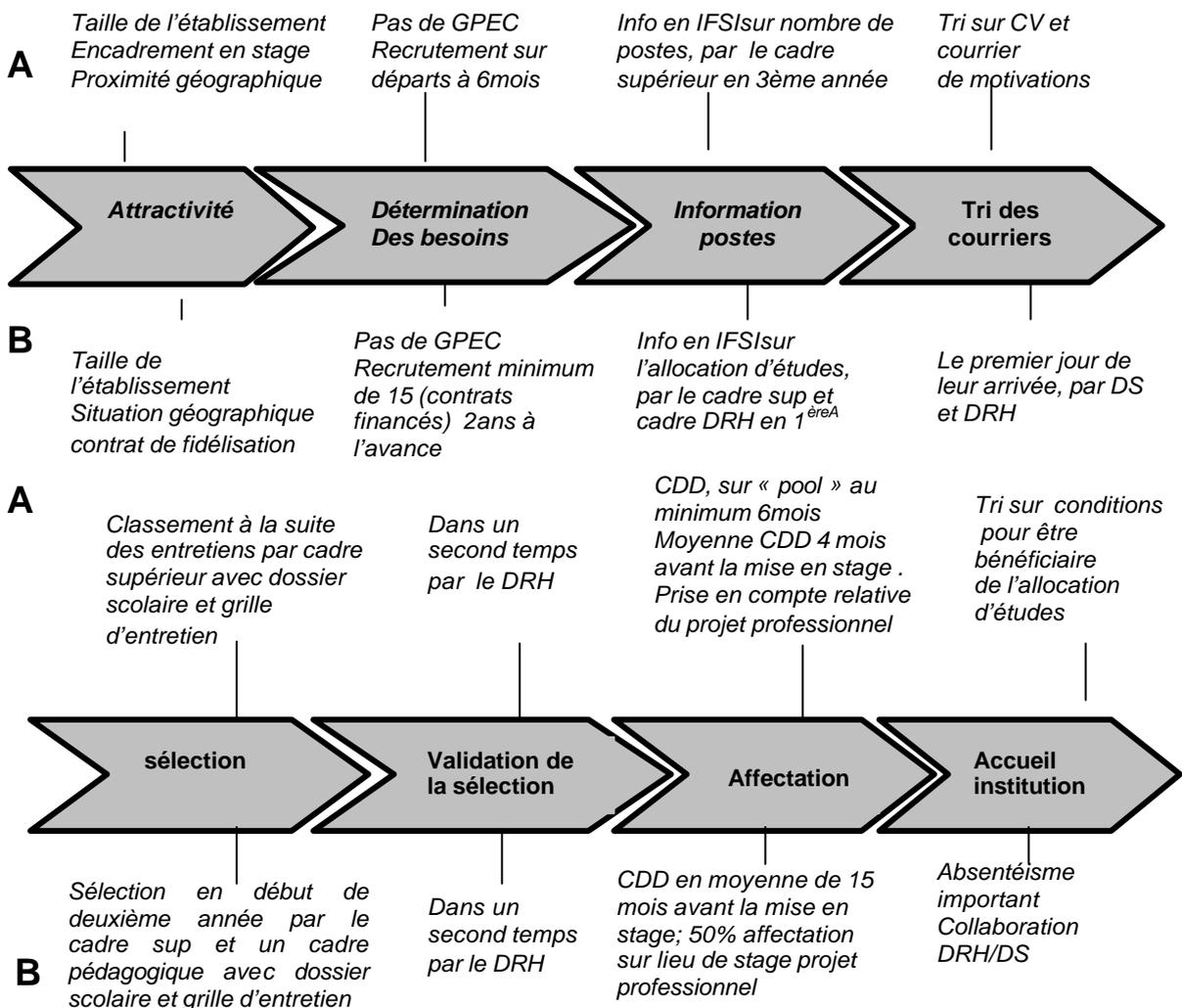
Le processus de recrutement intervient directement dans la qualité des soins car il a pour objectif de sélectionner et accompagner les jeunes professionnels qui semblent les plus aptes à donner le meilleur d'eux-mêmes. Il sert aussi à s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins par un accompagnement adapté pour qu'il acquiert rapidement les

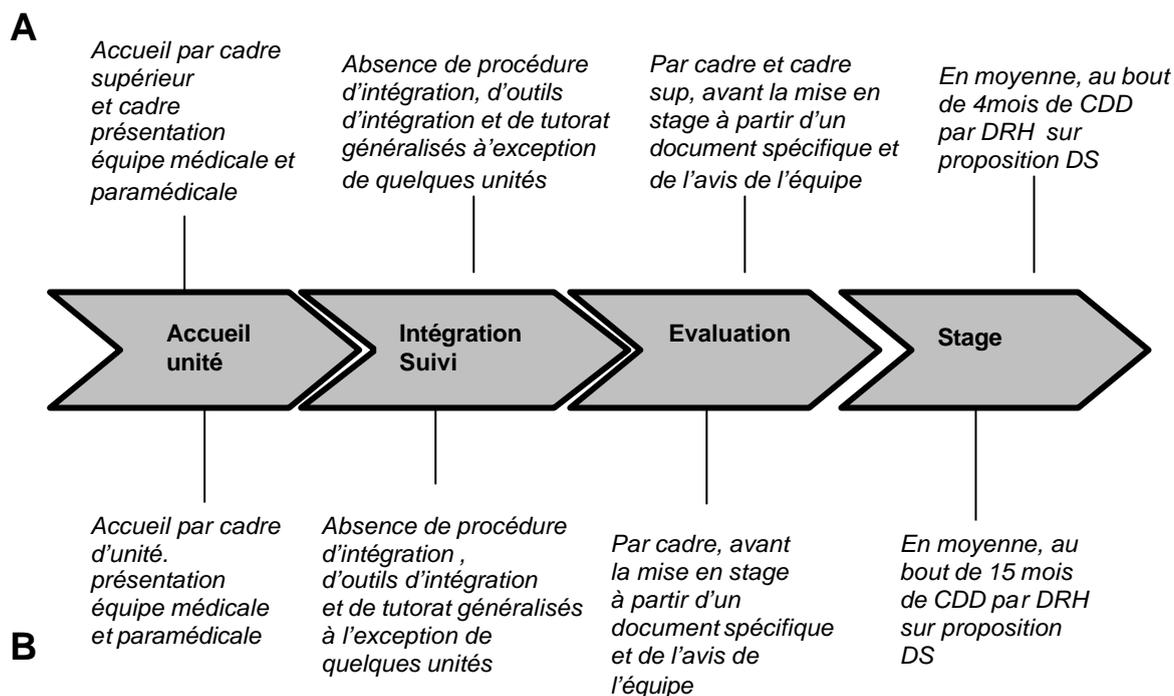
compétences spécifiques au service. La qualité de l'accueil et de l'accompagnement initie un cercle vertueux naturel qui institue une « culture » de l'accompagnement.

En tant que directeur des soins, un niveau d'exigence élevé dans ce domaine implique par ailleurs pour les professionnels en place une analyse réflexive sur leurs pratiques avant de les formaliser par exemple dans un référentiel de compétences. Elle implique une politique d'encadrement des jeunes professionnels et étudiants où chacun se sent concerné. Le directeur des soins doit pouvoir s'appuyer pour cela sur des cadres qui réfléchissent sur l'intégration, les compétences collectives de leur équipe, mais aussi les compétences individuelles et de mettre en œuvre un plan de formation adaptée à l'acquisition de ces compétences.

2.1.5 Synthèse des processus de recrutements dans les établissements A et B sous forme de chaînes étendues

Nous vous présentons les étapes du processus de recrutement en segments identifiant les acteurs concernés et leur rôle pour chaque établissement.





➤ *Synthèse du processus de recrutement de l'établissement A*

L'établissement A est un centre hospitalier attractif pour les jeunes professionnels, la variété des services, la qualité de l'encadrement en stage sont mis en avant par les jeunes professionnels. Il ne subit pas la concurrence des nombreux autres établissements situés à moins de 30 minutes de chez lui. Il n'existe pas réellement de GPEC.

La sélection des jeunes professionnels est déléguée à un cadre supérieur bien intégré à la DRH, après un premier tri sur courrier. La sélection est ouverte aux autres IFSI de la région, la politique de l'établissement est de « recruter les meilleurs ». L'affectation tient compte dans la mesure du possible du projet professionnel du postulant.

La procédure d'accueil institutionnel va être modifiée pour répondre aux demandes spécifiques des nouveaux arrivants. Les procédures d'accueils et d'accompagnements sont spécifiques aux unités et leur qualité dépend essentiellement de l'investissement des cadres. Les outils d'accompagnement (tuteurs, référentiels, fiches de postes,...) existent principalement dans les services très techniques. L'accueil et l'intégration des jeunes professionnels constituent l'un des axes du futur projet de soins. Les grilles d'évaluations sont pertinentes, mais la direction des soins est quelquefois confrontée à une difficulté de positionnement de l'encadrement liée en partie à l'absence de véritables outils de suivi. La mise en stage est assez rapide (quatre mois) et doit constituer un autre facteur d'attractivité de la structure.

➤ Synthèse du processus de recrutement de l'établissement B

L'attractivité de l'établissement B est liée à sa situation géographique et à la variété de ses services. En dehors de l'automne, le centre hospitalier est sollicité par de nombreuses demandes de mutations d'autres régions. Par contre, l'attractivité de la structure est relative pour les jeunes professionnels. Les jeunes professionnels et le directeur de l'IFSI remettent en cause globalement la qualité de l'encadrement. Les contrats de fidélisation obligent la direction des soins à recruter en début de deuxième année et sur des critères financiers, ce qui rend le recrutement encore plus aléatoire. Par contre, l'affectation tient souvent compte de leur stage de projet professionnel ou diplôme d'état, ce qui facilite l'intégration des nouveaux. La procédure d'accueil institutionnel est effective mais va être démultipliée en fonction de la spécificité des nouveaux arrivants. Les procédures d'accueil et d'accompagnement sont spécifiques aux unités et leur qualité dépend de l'investissement des cadres. Ceux-ci regrettent la « disparition » des cadres supérieurs, pour établir le lien entre la direction des soins et les unités. Les outils d'accompagnement (tuteurs, référentiels, fiches de postes,...) existent dans très peu de service. Plusieurs axes de progrès sont inclus dans le projet de soins (cf. chapitre 2.1.1/B Le centre hospitalier B). Les grilles d'évaluations sont sommaires et la direction des soins est quelquefois soumise également à une difficulté de positionnement de l'encadrement liée en partie à l'absence de véritables outils de suivi. La mise en stage est longue (quinze mois) et doit être réduite à douze mois. D'après le DRH, ce facteur ne joue pas dans l'attractivité de la structure. Cet établissement n'est pas soumis dans son environnement proche à la concurrence d'autres structures publiques.

2.1.6 Synthèse de l'enquête de terrain et vérification des hypothèses

Par souci d'éviter les redondances, nous présentons la synthèse de l'enquête de terrain à partir des quatre hypothèses de départ.

➤ Le partenariat entre la direction des soins et les directions d'IFSI n'est pas suffisamment utilisé dans la mise en place d'un projet concourant au développement de l'amélioration du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers :

Nous avons mis en évidence la qualité de l'encadrement en stage comme l'un des facteurs d'attractivité d'une structure. Pourtant, cette réflexion sur l'encadrement des jeunes professionnels est rarement finalisée dans les structures étudiées et l'IFSI n'est pas toujours associée... Des relations distantes, voire tendues entre les DIFSI et les DS dans une majorité de structures ne favorisent pas la coopération. Cette problématique du type de professionnel à former ne fait pas l'objet d'une réflexion commune. Plusieurs pistes de coopérations sont pourtant proposées par les professionnels :

- ❑ l'encadrement des stagiaires ;
- ❑ l'utilisation des compétences de l'IFSI dans le domaine de la formation continue (formation au « tutorat », formation d'adaptation à l'emploi) ;
- ❑ l'appréciation de l'écart entre le professionnel issu de l'IFSI et les attentes des services pour réajuster au besoin la formation initiale ;
- ❑ l'implication de l'IFSI dans la phase de sélection (participation à la création de grille d'entretien) ;
- ❑ la meilleure organisation des stages, en particulier le stage de projet professionnel ;
- ❑ l'amélioration de la qualité des rapports de stage, éléments importants des dossiers scolaires présentés à la sélection ;
 - Le manque d'outils objectifs et de procédures formalisées semble laisser trop de place à la subjectivité lors de la sélection par le directeur des soins et majore le risque de sélection inadaptée des postulants

Les professionnels rencontrés admettent une certaine part de subjectivité dans les entretiens de sélection. Pourtant, l'intérêt d'une seconde personne à l'entretien est requis quelquefois pour limiter cette subjectivité. La procédure de recrutement est rarement finalisée ; cette absence de règles définies peut être à l'origine d'une certaine iniquité entre les candidats. Le nombre limité d'éléments objectifs est la principale difficulté de la sélection. La sélection pourrait s'appuyer sur un meilleur repérage des futurs professionnels en stage. Sinon, la sélection se base principalement sur le dossier scolaire et l'entretien menée à partir d'une grille. Certaines structures effectuent un tri sur courrier des candidatures avant d'établir la liste des entretiens.

- Les missions respectives de la direction des soins et de la direction des ressources humaines dans le processus de recrutement ne font pas toujours l'objet d'une formalisation précisant le rôle de chaque direction.

Un seul établissement a formalisé le processus de recrutement, en vue d'une procédure de certification et ceci en juillet 2005. Plusieurs professionnels en expriment le besoin. L'outil GPEC n'est pas réellement utilisé dans les établissements dans le processus de recrutement.

- L'absence de projet d'accompagnement des jeunes professionnels infirmiers et de documents ressources majore une difficulté intégration au sein de l'unité et laisse trop de place à la subjectivité lors de l'évaluation

L'ensemble des professionnels se retrouve sur la nécessaire adaptation à l'emploi. Les outils facilitant l'intégration des compétences spécifiques aux services sont encore exceptionnels et sont les résultats d'initiatives de certains cadres. L'absence d'outils de références ne favorise pas la qualité du suivi, donc celle des évaluations.

L'absence de rigueur des évaluations gêne une prise de décision objective du directeur des soins. La subjectivité de certaines évaluations est donc confirmée. Les jeunes professionnels confirment une certaine crainte à la prise de fonction, majorée par la méconnaissance des spécificités du service et des compétences à acquérir.

L'ensemble des hypothèses sont vérifiées, nous allons désormais vous soumettre nos propositions d'actions et la stratégie du directeur des soins pour optimiser le processus de recrutement des jeunes professionnels.

2.2 Stratégie et propositions d'actions du directeur des soins pour optimiser le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers

Ce chapitre est consacré à apporter une réponse à notre question d'arrivée:

Comment concrétiser le rôle de la direction des soins dans les différentes étapes du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers ? .

2.2.1 Les préconisations

L'analyse réalisée dans la première partie de ce mémoire nous autorise à dégager plusieurs axes de progrès où la direction des soins pourrait contribuer à l'amélioration du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers, nous en avons retenu finalement trois en rapport avec les hypothèses de départ:

- , La qualité de l'encadrement des stagiaires est un facteur d'attractivité pour les jeunes professionnels .Un travail en commun avec l'IFSI sur ce domaine peut être le point de départ d'un partenariat avec l'IFSI centré sur les compétences du futur professionnel
- La formalisation des missions respectives de la direction des soins et de la direction des ressources humaines dans le processus de recrutement.
- La généralisation et l'harmonisation des procédures et des outils favorisant l'accueil , l'intégration et l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers.

2.2.2 La stratégie du directeur des soins

- A) Inscrire le projet d'amélioration du processus de recrutement dans une logique institutionnelle
- a) Quelques préalables

Tout projet quelle que soit sa légitimité doit prendre en compte l'histoire et le contexte de l'établissement où nous allons prendre nos fonctions dans quelques semaines. D'autres projets peuvent se révéler prioritaires par rapport à celui-ci.

. Prendre le temps de l'analyse institutionnelle et de la connaissance des acteurs et de leur positionnement se révèle finalement comme un gain de temps. C'est d'autant plus vrai pour ce projet qui repose sur une collaboration fondée sur la confiance et le respect des prérogatives de chacun : Directeur des ressources humaines, directeur d'institut de formation en soins infirmiers, directeur des soins.

b) Un co pilotage à trois : DS, DRH, DIFSI

Les axes de projet retenus concernent à des degrés divers les trois directions cités plus hauts. La réussite de l'ensemble de ce projet dépend de la participation du DRH et du DIFSI et de l'apport de leurs compétences techniques. C'est pourquoi nous souhaitons les associer au copilotage de ce projet après leur avoir rappelé les enjeux pour l'institution :

- Dans le domaine de l'attractivité des futurs professionnels par l'implication et la fidélisation des jeunes infirmiers à l'unité et à l'institution.
- Dans le domaine de la qualité des soins, celle-ci est une obligation pour les établissements de santé. La démarche d'accréditation et désormais de certification commande aux hôpitaux de s'engager dans une politique de soins d'amélioration continue de la qualité, tant que dans les moyens, que dans les procédures et les résultats. Notre objectif est, par une intégration plus rapide des compétences spécifiques de l'unité favoriser une sécurité accrue des soins.
- Dans le domaine des relations entre la direction des ressources humaines par une répartition formalisée du rôle de chaque direction, évitant les pertes de temps et les conflits.
- Dans le domaine de l'évaluation des jeunes professionnels ou futurs professionnels, avec des évaluations argumentées, précises donc facilitant les prises de décision du DS, du DRH et du DIFSI.

Afin d'aboutir à un véritable partenariat : DIFSI-DS et DRH-DS, il est fondamental d'explicitier la finalité du projet. Cela limite le risque de dérive sur des interprétations ou des volontés de pouvoir et de prérogatives hiérarchiques. L'enquête à une exception près n'a pas mis en évidence de problèmes importants entre les DS et les DRH.

Chaque directeur détient une expertise complémentaire mise au service de l'institution. Cette collaboration permet d'acquérir une vision commune et partagée de la GRH. Par contre, les relations entre DS et DIFSI sont plus « tendues » liées souvent à des problèmes de territoires et des relations hiérarchiques mal acceptées. Les DS et DIFSI se doivent de définir précisément leur position afin de faciliter l'instauration d'un

climat de confiance propice à la collaboration. Ce niveau de compétence acquis durant la formation détermine la longueur du chemin à parvenir pour devenir un professionnel compétent.

c) *Le projet dans la logique institutionnelle*

Comme toute démarche d'amélioration de la qualité, l'engagement de la direction dans le projet est essentiel ! Le directeur des soins, responsable des soins doit contribuer en collaboration avec le directeur général, le directeur des ressources humaines et le directeur de l'IFSI de l'établissement d'un processus de recrutement satisfaisant à la fois les « clients » : les unités de soins et les jeunes professionnels.

C'est le directeur, chef de l'établissement qui décide de la mise en œuvre du projet. Le directeur des soins exposera dans un second temps la problématique et les objectifs au directeur d'établissement et à l'équipe de direction, ce qui donnera lieu à des échanges constructifs sur la stratégie à mener. Ce projet a pour vocation dans un second temps d'être étendu à l'ensemble des paramédicaux. Certains aspects de ce projet pourraient être déclinés par le DRH en coopération avec les autres directions fonctionnelles à l'ensemble des professionnels et être intégrés dans le projet d'établissement ou le projet social.

B) Intégrer les axes d'amélioration dans le projet de soins

La qualité engage tous les professionnels notamment l'équipe de direction et plus précisément le directeur des soins pour les secteurs de soins. Il est donc indispensable de favoriser la mise en place d'une politique qui tend à élever le niveau de qualité des soignants, par la formation continue notamment, de mobiliser de façon permanente le personnel par son implication dans les projets pour améliorer pour améliorer la qualité de ses services, l'efficacité de son fonctionnement, par l'implication dans les projets.

Notre politique du service de soins s'appuiera sur une conception des soins commune aux acteurs et sur les missions du service de soins. Elle s'intègre dans la politique de l'établissement, dans la politique régionale et dans la politique nationale, voire internationale. L'exigence d'une recherche en qualité passe par l'évaluation de la production des soins, la qualité des soins, leur organisation, mais aussi la compétence des professionnels. Cette évaluation permet l'optimisation de l'offre de soins par un réajustement régulier dans le cadre de la démarche qualité.

Ce thème peut constituer un axe du projet du service de soins en alliant qualité des soins et gestion des ressources humaines ; et dynamiser, et valoriser les compétences du personnel soignant et des personnels d'encadrement dans ce domaine

C) Impliquer les acteurs dans l'amélioration du processus

a) Le directeur des soins

Un management participatif, basé sur la dimension humaine, favorise ainsi la responsabilité, la collaboration et la complémentarité. La cohérence des orientations des projets, la rigueur et la considération des personnes facilitent l'adhésion, le dynamisme et l'évolution. Nous ne devons pas en tant que directeur des soins se limiter à faire appliquer, mais prendre le temps principalement avec l'encadrement d'expliquer le contexte et le pourquoi, des décisions prises et des projets à mener. C'est à cette condition qu'ils pourront mettre toute leur compétence au service de l'institution hospitalière

Le directeur des soins est garant de la qualité et de la sécurité des soins dans l'ensemble de l'établissement. Il est l'initiateur du projet, mais partage la direction de ce projet avec le DRH et le DIFSI. Il doit donc s'assurer de la qualité de l'encadrement des stagiaires et de l'accompagnement des jeunes professionnels. Il doit soutenir les initiatives individuelles de l'encadrement dans ce domaine tout en assurant la coordination, la cohérence et l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble des unités de soins

Son objectif partagé avec le DRH est de répartir les missions de chaque direction afin d'éviter les conflits, nuisant à une collaboration basée sur le respect des compétences de chacun et l'instauration d'un climat de confiance, nécessaire à une GRH soucieuse de l'intérêt de l'établissement et de ses personnels.

b) Le directeur des ressources humaines

Le personnel soignant représente la majorité du personnel de l'hôpital. De plus, les deux directions interviennent chacun à leur niveau dans le domaine du recrutement et de l'affectation, ce qui nécessite de préciser les responsabilités de chacun.

c) Le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers

Le DIFSI est responsable en autres de la conception du projet pédagogique et de l'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue dispensée dans les IFSI. Il est donc légitime d'associer le DISI et les cadres pédagogiques à ce projet qui a pour bénéficiaires directs : les jeunes professionnels et les étudiants en soins infirmiers.

d) Les médecins

Les médecins interviennent également dans la définition des activités et des compétences attendues du fait de leur connaissance des activités médicales et des soins dispensés aux patients. Cette connaissance permet d'anticiper sur l'évolution des

compétences dans le respect de la déontologie médicale et des soins dispensés au patient que ce soit pour le jeune professionnel ou pour l'étudiant. D'ailleurs dans la réalité des cas, le cadre du service recueille l'avis du chef de service sur la qualité des soins prodigués pour formuler son appréciation, sa responsabilité de chef de service étant engagée.

La collaboration entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale d'un service est une clef de la qualité des soins du service. C'est pourquoi, il est justifié de les associer à son élaboration notamment dans le champ du développement des compétences liées aux évolutions des techniques médicales. Il favorise leur implication dans la démarche institutionnelle et au sein des services.

e) les cadres soignants

L'encadrement infirmier a un rôle essentiel au niveau organisationnel et pédagogique pour créer les conditions au développement des compétences que ce soit de l'étudiant ou du jeune professionnel. D'abord, parce qu'il est à l'interface entre le corps médical, le directeur des soins et les équipes, ensuite parce que le bon déroulement du stage de l'étudiant ou de l'intégration du jeune professionnel est fortement liée à sa propre conception de l'encadrement. C'est par sa connaissance des ressources ou des manques de chacun des membres de l'équipe, qu'il suscitera la participation aux travaux de groupes et aux actions de formations. Il est de son domaine de compétence de s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins dispensés dans le service.

L'enquête a montré par contre une méconnaissance de l'ensemble du processus de recrutement, en particulier de la phase de sélection. Il nous paraît nécessaire dans un souci de cohérence que l'ensemble de l'encadrement soit informé de l'ensemble des phases du processus. D'ailleurs, le seul établissement de l'enquête ayant formalisé le processus de recrutement a pris soin de diffuser cette procédure pour l'ensemble de l'encadrement. L'encadrement possède par ailleurs une force de proposition et une capacité d'innovation que le directeur de soins doit utiliser et valoriser. Un tel projet ne peut se réaliser qu'avec l'assistance mobilisatrice et vigilante des cadres de santé. En conséquence, le DS doit savoir susciter leur adhésion et leur motivation pour obtenir leur investissement.

Dans le cadre de la réalisation du projet, l'adhésion, la collaboration et la persévérance de l'encadrement sont déterminantes pour décliner le projet au niveau des acteurs de l'unité.

f) Les cadres pédagogiques

Leur présence dans le projet se justifie par leur compétence dans le domaine de la formation et de la pédagogie. Leur présence dans les groupes de travail permettra

d'approfondir les connaissances concernant l'apprentissage et la période de passage de statut d'étudiant à celui de jeune professionnel débutant, d'en mesurer les enjeux et de connaître les attentes et les perceptions des étudiants face à leur futur métier. La participation à ce projet leur permettra par ailleurs de faire reconnaître leur compétence spécifique, souvent sous estimée par leurs collègues soignants.

g) Les cadres administratifs de la DRH

Leur compétence dans le domaine technique de la gestion des ressources humaines est indispensable dans un projet concernant le processus de recrutement dans sa globalité, et la définition du rôle de chaque direction dans ce processus. Leur participation à ce projet permettra à l'encadrement en général d'identifier les ressources et les contraintes au niveau des services de soins ou de la DRH.

h) Les infirmières « expérimentées »

Les infirmières sont les acteurs permanents de l'accueil et de l'intégration des nouveaux professionnels et des étudiants infirmiers dans les services. Leur participation à cette démarche est fortement liée à l'implication personnelle du cadre, et de sa capacité à reconnaître et valoriser l'investissement des professionnels impliqués.

i) Les jeunes professionnels et les étudiants infirmiers

Ce projet a pour objectifs de former, de favoriser le développement des compétences des jeunes professionnels infirmiers et des étudiants en les accompagnant dans leur construction identitaire. Il réduit le taux d'échecs lié à la difficulté à assimiler les compétences spécifiques de l'unité.

Ce projet se justifie également par les craintes exprimées par une majorité de jeunes professionnels liée à leur prise de fonction et leur difficulté à identifier ce que l'on attend d'eux. D'ailleurs, certains font le lien entre la qualité de l'encadrement en stage et la capacité d'un service pour accompagner les jeunes professionnels. L'enquête a montré l'importance du facteur « qualité de l'encadrement » dans l'attractivité d'une structure. Ils sont les principaux bénéficiaires de ce projet, c'est pourquoi ils seront donc représentés dans les groupes de travail.

D) Déterminer une méthodologie pour le projet

La méthodologie de ce projet sera élaboré par les trois responsables du projet : DS, DRH, DIFSI. Nous vous présentons les différentes étapes de ce projet :

a) Analyse du processus de recrutement actuel pour identification et analyse des insuffisances

Dans un premier temps, nous proposons une analyse du processus de recrutement par un groupe « pionnier » constitué des responsables du projet : DS, DRH, DIFSI et un panel des acteurs concernés par le processus : cadres de proximités, cadres supérieurs, cadres administratifs de la DRH, cadres pédagogiques de l'IFSI, jeunes professionnels (annexe 2 AMDE).

Ce groupe de 12 à 15 personnes pourrait utiliser la méthode AMDE³⁶ (Analyse des modes de défaillance et de leurs effets) pour analyser toutes les étapes du processus de recrutement de l'institution. Pour chaque étape du processus de recrutement (quoi), le groupe identifie les personnes ou directions impliquées (qui), les outils, méthodes et procédures utilisées (avec quoi), les modes de défaillances, les causes de défaillances, les effets des défaillances, les moyens de détection avant, après défaillance, les actions préventives. C'est à partir de cette analyse que les axes d'améliorations sont retenus et constituent un plan d'action.

b) la constitution d un comité de pilotage

Le comité de pilotage déterminera les groupes de travail à partir des axes d'améliorations préconisés par le groupe « pionnier ».

Chaque groupe de travail sera dirigé par un binôme pilote /copilote ,responsable de l'animation du groupe, de l'avancée du projet. Les pilotes font partis du comité de pilotage qui se réunit mensuellement. Ils présentent aux réunions de comité de pilotage l'avancée des projets pour validation. Le comité de pilotage s'assure de la cohérence des groupes de travail. Régulièrement, les chefs de projets présentent l'avancée du projet au directeur général et à l'ensemble de l'équipe de direction.

Le comité de pilotage est constitué des trois directeurs concernés, et du directeur ou responsable de la qualité, d'un cadre soignant, d'un cadre pédagogique, d'un cadre administratif auxquels viendront s'ajouter rapidement les pilotes des groupes de travail. Le comité de pilotage a un rôle facilitateur et d'information auprès des autres directions fonctionnelles non concernés directement par le projet. Chaque comité de pilotage fait l'objet d'un compte rendu envoyé à chaque participant.

c) Le rôle des pilotes et copilotes

Le binôme pilote /copilote est responsable de l'animation du groupe, de l'avancée du projet. Les pilotes présentent l'avancée du projet au comité de pilotage, ils organisent le secrétariat du groupe : compte rendus synthétiques, convocations. La seule différence

³⁶ CHAUMET F, ROUSSEL P,SAUVAGET G *Guide méthodologique pour la conduite de projets d'amélioration de la qualité, version expérimentale 0.2*, document en projet, ENSP, Septembre 2004, 47p , p 38

entre le pilote et le copilote réside dans la participation du pilote au comité de pilotage, le copilote le remplace en son absence. Pour ce type de projet, il est préférable de privilégier des cadres possédant une bonne expérience de la conduite de projet.

Les pilotes et copilotes sont déterminés en fonction de leurs compétences dans le sujet et de leur disponibilité par rapport à d'autres projets institutionnels. La connaissance de l'encadrement permettra au directeur des soins de déterminer les personnes susceptibles de mener efficacement le projet. Ils sont tenus informés des objectifs du projet et sont tenus de proposer la composition des groupes qualitative et quantitative au comité de pilotage.

d) La composition des groupes de travail

Les groupes sont constitués de 7 à 12 personnes. Pour la direction des soins, les cadres supérieurs feront appel à candidatures (infirmières expérimentées, jeunes professionnels, cadres). La direction des soins les relayera aux pilotes et copilotes concernés. Le choix des membres des groupes essaiera de tenir compte de l'expérience des postulants dans le domaine. Le directeur des soins sollicitera les membres de la commission de soins pour les impliquer directement dans ce projet.

e) La communication sur le projet

Le directeur des soins utilisera les relais d'informations dont il dispose pour donner la possibilité à l'ensemble des acteurs de se préparer aux évolutions envisagés et d'avancer d'un même pas.

Elle favorisera s'il existe les points d'étapes sur le projet par les pilotes ou le comité de pilotage dans le journal interne de l'établissement. Le directeur des soins proposera aux pilotes de faire un point sur l'avancée des projets en réunion de cadres supérieurs ou en réunion de cadres. La commission de soins sera sollicitée régulièrement pour donner son avis, en tant que futur directeur des soins nous avons l'intention de l'impliquer plus directement dans les projets de l'établissement.

2.2.3 Les projets

Nous retiendrons finalement trois projets concernant le processus de recrutement :

- La formalisation du processus de recrutement des personnels soignants et de rééducation et médico technique : de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel

Nous avons volontairement élargi ce thème concernant les jeunes professionnels infirmiers à l'ensemble des soignants dépendant de la direction des soins, par souci d'éviter la redondance des procédures

- L'optimisation de l'encadrement des futurs professionnels infirmier

Encadrer les futurs professionnels a pour objectif de former des professionnels compétents, de plus il développe l' attractivité d'une structure et aide à objectiver la sélection des futurs professionnels.

- La mise en œuvre d'une démarche d'accueil, d'intégration et l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers dans les unités

Cette proposition d'action concerne les phases d'accueil, d'intégration, de suivi et d'évaluation avant le mise en stage du jeune professionnel.

Dans un souci de cohérence, nous présenterons les projets en deux sous parties : intérêt du projet et . déroulement. Les fiches projets sont placées en annexe. Dans notre projet, ces trois fiches projets auront été validées par le comité de pilotage.

- A) La formalisation du processus de recrutement des personnels soignants et de rééducation et médico technique : de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel

a) Intérêts du projet

Un des principaux intérêts pour le DS et pour le DRH est de définir les zones d'interventions de chaque direction, et éviter à chaque changement de DRH ou de DS des périodes d' adaptations à des processus non formalisés. Les nouveaux arrivants ayant tendance à projeter leur fonctionnement antérieur sur la nouvelle structure. Le directeur arbitre si nécessaire entre les deux directions et valide cette répartition des tâches et des responsabilités. ; il est opposable à tous les intervenants.

Un processus formalisé par les deux directions présente aussi l'intérêt d'être diffusé aux principaux acteurs : que ce soit les cadres, partie prenante du processus de recrutement, que ce soit les futurs professionnels au moment de la campagne de sélection pour la liste des pièces à fournir des modalités de l'entretien de sélection. Ce processus pourrait être présenté à l'IFSI aux étudiants de troisième année par le DRH et par le DS, en présence du DIFSI pour rendre visible aux yeux des futurs professionnels la coopération des trois directions.

Dans l'analyse, nous avons soulevé la problématique d'un tri préalable, en présence de nombreuses candidatures. Le directeur des soins ou le cadre supérieur se voient confrontés à un dilemme : recevoir tous les candidats en leur consacrant peu de temps ou recevoir un nombre limité de candidats mais en leur consacrant plus de temps. Nous préconisons, dans le cas de nombreuses candidatures un tri initial. Pour faciliter ce tri, une copie des rapports de stages de deuxième et troisième année sera joint par le postulant avec sa lettre de motivation et son curriculum vitae. De plus, cela permet au directeur des soins de

responsabiliser les cadres dans la phase de sélection par la communication des futurs professionnels ayant retenus leur attention.

Les entretiens de sélection seront effectués par un seul jury, mais qui pourrait être un binôme pour limiter la subjectivité des entretiens. Un cadre supérieur différent chaque année sera donc associé au directeur des soins ou au cadre supérieur chargé du recrutement, afin de mettre en valeur leur compétence dans le domaine de la GRH. Le processus ainsi formalisé réduira le temps de campagne de recrutement et donc le délai de réponse aux candidats. Un délai de réponse raccourci évite le positionnement du candidat sur une autre structure.

Le directeur des soins proposera l'affectation du jeune professionnel en prenant en compte son projet exprimé lors du stage « projet professionnel ». Une prise en compte de sa demande est un facteur facilitant l'intégration et la fidélisation du jeune professionnel à la structure.

Le contenu de la procédure d'accueil et d'intégration dans l'institution des jeunes professionnels infirmiers sera formalisé, cet accueil commun DRH/ DS est à prévoir le jour de la prise de fonction pour limiter l'absentéisme liée à des raisons de service.

b) Déroulement du projet (annexe 3 :fiche projet)

Ce projet est piloté par le DRH et le DS. La taille relative du projet favorise la composition d'un groupe restreint composé de cadres administratifs, de cadres représentant les différentes activités de la direction des soins.

Après une analyse du processus existant en utilisant l' AMDE, le groupe de travail identifiera les acteurs les plus pertinents à chaque étape du processus et leurs tâches. La campagne de recrutement des jeunes professionnels fera l'objet d'une procédure détaillée expliquant les missions de chacun, les outils l'organisation retenue pour cette campagne. Ce groupe de travail formalisera par ailleurs le contenu des journées d'accueil institutionnel destinées aux soignants. Ces procédures seront ensuite diffusées pour information à l'ensemble de l'encadrement .

B) Optimisation de l'encadrement des futurs professionnels infirmiers

a) Intérêts du projet

La concrétisation de ce projet présente plusieurs intérêts pour le directeur des soins. Le premier intérêt est que la qualité du suivi et de l'encadrement du jeune professionnel permet de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le futur professionnel.

Ce projet a également comme intérêt d'harmoniser les pratiques d'encadrement au sein des unités. Les professionnels expriment souvent un besoin dans ce domaine.

C'est le cas dans l' établissement B, mais c'est aussi le cas dans mon établissement d'affectation.

La volonté des professionnels existe, le besoin des jeunes professionnels sera confirmé par une enquête.

Le directeur des soins encouragera donc la création d'un groupe de travail constitué de cadres soignants, de cadres pédagogiques, d'infirmiers et d'élèves de troisième année. Le groupe de travail élaborera des supports écrits communs qui devront pour un livret d'accueil être décliné dans chaque service.

En tant que directeur des soins, nous demanderons à l'encadrement de désigner sur la base du volontariat : un référent «encadrement » dans chaque service afin de s'assurer de la mise en place de ce projet. Par cette décision, le directeur des soins indique clairement à la structure, à l'IFSI, et aux futurs professionnels toute l'importance qu'il donne à la qualité de leur formation. La qualité de l'encadrement est un facteur d'attractivité mis en évidence dans l'enquête.

Ce groupe de travail devra se pencher sur la problématique de l'accueil des futurs professionnels en stage en lien avec l'augmentation des quotas. La qualité de l'accueil dépend aussi de la capacité à encadrer les étudiants. Le directeur des soins sollicitera tous les ans son équipe d'encadrement afin qu'elle évalue sa capacité d'accueil. C'est sur cette base que la répartition et la planification des stages sera proposée par le directeur de l'IFSI au DS.

Ce groupe de travail mènera une réflexion sur la mise en œuvre du stage professionnel afin de définir les objectifs particuliers de ce stage. D'autant que nous prenons en compte ce stage dans notre proposition d'affectation du jeune professionnel. L'élaboration d'un livret d'acquisition des actes professionnels infirmiers s'appuyant sur le décret 2004-802 du 29/07/2004 paru au Journal officiel du 09/08/2004, tel que nous l'avons découvert dans l'établissement A présente plusieurs intérêts : il permet au soignant de faire le bilan des acquis du futur professionnel, de juger de la progression durant le stage au cadre pédagogique de vérifier et les soins enseignés et validés lors du suivi pédagogique. Cet outil pourrait être demandé par le cadre de l'unité lors de la prise de fonction du jeune professionnel pour faire un bilan des compétences restant à acquérir.

Une sensibilisation de l'encadrement sur la précision et l'argumentation des rapports de stage des professionnels de demain pourrait faciliter la sélection des jeunes professionnels à partir du dossier scolaire présenté lors de l'entretien.

Un repérage des futurs professionnels « prometteurs » en deuxième et troisième année par l'encadrement apporterait des éléments objectifs à la sélection de ces jeunes professionnels.

b) Déroulement du projet (annexe4 : fiche projet)

L'importance du projet valide la constitution, d'un groupe de 12 personnes constitué de cadres soignants, de cadres pédagogiques, d'infirmiers, d'étudiants en troisième année. Plusieurs membres du groupe sont des membres de la commission de soins .

Après avoir établi collectivement la fiche projet et l' avoir fait validée par le comité de pilotage, le groupe effectuera un bilan de l'existant des pratiques et des outils d'encadrement en cours dans les unités.

Le groupe déterminera ensuite sa conception de l'encadrement et des soins. Des questionnaires sur l'organisation de l'encadrement en stage seront dans un second temps élaborés, testés et diffusés auprès des futurs professionnels et des professionnels en place pour déterminer les besoins et les attentes des différents acteurs. Leurs analyses permettront d'élaborer la procédure de stage.

Le groupe définira les missions du tuteur de stage. Le livret d'accueil « type » sera constitué de plusieurs chapitres : présentation du centre hospitalier, présentation du service (*chaque service est chargé de le décliner selon un sommaire pré établi*), la procédure d'encadrement et la philosophie de l' encadrement du centre hospitalier (concepts sur l'encadrement, les soins, l'apprentissage,).

Le projet sera présenté par les membres du groupe qui diffuseront à chaque cadre par la messagerie interne le livret d'accueil «type », le cadre et le référent du service seront responsables de sa déclinaison au niveau de l'unité. Cette réunion de l' encadrement sera l'occasion pour le directeur des soins de sensibiliser l'encadrement sur la pertinence des rapports de stage, outils utilisés dans la sélection des jeunes professionnels. Il demandera à partir de ce jour d'effectuer un « repérage » des futurs professionnels « prometteurs ».

C) La mise en œuvre d'une démarche d'accueil, d'intégration et l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers dans les unités

a) Intérêt du projet

Dans l'enquête, les jeunes professionnels ont exprimés leur crainte, leur angoisse. Cette angoisse est liée à une prise de conscience de leur responsabilité et au « stress » du nouvel arrivant : « *L'arrivée d'un nouveau soignant peut être un facteur de risques dans la production de soins et de prises en charge de qualité. C'est un facteur de risques non par manque de professionnalisme, mais par méconnaissance de la nouvelle organisation dans laquelle ce nouveau soignant va entrer* »³⁷C'est pourquoi, le directeur

³⁷BRIZON H ;L'intégration de nouveaux soignants ;guide-suivi-évaluation,collection Encadrer à l'hôpital,Masson,Paris 2002,108 p

des soins, garant de la sécurité et de la qualité des soins, doit veiller à la qualité de l'accueil et à la qualité des outils pour favoriser une intégration rapide. Nous sommes donc naturellement à l'origine de ce projet .

La procédure d'accueil doit lui permettre dans un premier temps de prendre connaissance avec son lieu d'exercice. Son arrivée aura été planifiée afin de prévenir l'équipe médicale et paramédicale de son arrivée. Le tuteur chargé de l'encadrer et de faciliter l'intégration dans le service sera présent le jour de son arrivée.

Le premier entretien avec le cadre doit être l'occasion de prendre connaissance avec l'unité, sa structure, ses personnels médicaux et paramédicaux, ses soins spécifiques, son organisation.

Le jeune professionnel recevra à la fin de l'entretien un livret d'accueil qui liste les missions les activités de soins spécifiques au service, les responsables médicaux et soignants, les missions des professionnels et l'organisation du travail. La première journée sera consacrée à la prise de contact avec les médecins, les collègues ,les documents du service. Les procédures d'urgences seront consultées de premier abord. et leur connaissance rapidement évaluée

Un référentiel des compétences de l'unité aura été élaboré à partir des activités spécifiques du service. Ce référentiel des compétences, allié à une planification dans le temps permet au cadre et au tuteur d'établir pour le jeune professionnel un plan d'intégration des compétences.

Le cadre et le tuteur évalueront à des périodes prédéfinies à partir de ce référentiel des compétences, les compétences acquises et celles restant à acquérir. Ces évaluations seront prises en compte pour rédiger les évaluations institutionnelles soit lors d'un renouvellement de contrat, soit lors de la mise en stage du jeune professionnel. L'identification de l'écart entre le niveau de compétences requises et les compétences maîtrisées pourra déboucher sur des actions de formation d'adaptation à l'emploi finalisées avec le directeur des ressources humaines chargé de la formation continue

b) Déroulement du projet (annexe5 :fiche projet)

Le groupe de travail est piloté par un binôme cadre soignant /cadre pédagogique, il se compose de cadres soignants, de cadres pédagogiques, d'un cadre administratif, d'infirmiers expérimentés et débutants et de deux médecins . La CME sera informée du projet car les médecins seront impliqués dans les profils de postes et les référentiels de compétences.

Cette généralisation de cette démarche d'amélioration de l'accueil, de l'intégration et de l'évaluation nécessite un soutien important du groupe de travail par le directeur des soins. Le groupe de travail élaborera des profils de poste « type » validée par la DRH, ce qui justifie la présence d'un cadre administratif dans le groupe de travail et d'un médecin.

Ces profils de poste seront déclinés dans les unités par l'équipe médicale et paramédicale.

La présence de cadres pédagogiques permettra d'enrichir la réflexion du groupe sur la notion de « compétence ». La définition des missions du tuteur préconise l'acquisition de compétences en pédagogie. Nous solliciterons la DIFSI pour élaborer une formation au tutorat qui pourrait s'adresser à la fois à l'accompagnement des jeunes et des futurs professionnels. Le groupe de travail élaborera une procédure d'accueil qui sera déclinée selon les spécificités du service. Certains chapitres du livret d'accueil des futurs professionnels pourraient être repris dans le livret d'accueil destiné aux jeunes professionnels. C'est l'un des intérêts du comité de pilotage qui suit l'avancée des travaux des groupes de travail. Le groupe de travail suivra la mise en place des référentiels de compétences et des grilles d'évaluations dans les unités de soin par secteur de surveillante chef. La généralisation de ces référentiels de compétences prendra plusieurs mois. La mise à jour des documents spécifiques sont sous la responsabilité des cadres de proximité. La satisfaction des jeunes professionnels et des professionnels expérimentés sera évaluée tous les deux ans.

2.2.4 Les perspectives du projet

Après une collaboration sur un sujet consensuel comme l'encadrement des jeunes professionnels infirmiers, nous souhaitons développer notre partenariat avec l'IFSI sur un projet ayant pour objectif de réduire l'écart entre la compétence du jeune professionnel issu de l'IFSI et celui attendu dans les services. Une analyse des demandes de formations d'adaptation à l'emploi des jeunes professionnels permettrait d'identifier les compétences à développer à l'IFSI. Ce qui aurait pour conséquence une intégration plus rapide dans les unités.

Un autre projet dans la perspective du troisième sous projet serait d'évoluer de la mesure de la compétence individuelle, à l'utilisation d'une grille de compétences de l'unité, établie à partir de la synthèse des compétences individuelles. Cela permet de capitaliser les expériences des personnels et, par là même, manager les compétences.

Ces deux projets rentrent dans le cadre d'une GPEC. La GPEC relève du DRH, mais la connaissance du DS des besoins présents et futurs tant qualitatifs que quantitatifs est source d'efficacité. L'idée essentielle et partagée étant que l'établissement assure le présent, affronte l'avenir et établit des prévisions de gestion des ressources humaines.

CONCLUSION

Notre thème de mémoire concernait les jeunes professionnels infirmiers, car nous voulions étudier le rôle que pouvait jouer l'IFSI dans le processus de recrutement. L'étude de ce processus met en évidence que certaines actions auprès des jeunes professionnels infirmiers pourraient être déclinées pour les kinésithérapeutes, les manipulateurs en radiologie, les techniciens de laboratoire...Il est vrai que les difficultés que nous rencontrons pour recruter des manipulateurs en radiologie et les kinésithérapeutes simplifient la sélection. Pourtant, la phase d'accueil, d'intégration et d'évaluation devrait trouver place dans le processus de recrutement de ces professionnels.

La qualité des relations avec le DRH, basée sur le respect des zones de compétences de chaque acteur et une confiance mutuelle est un préalable indiscutable à une GRH partagée des soignants. Cette qualité de la relation pourrait déboucher sur une GPEC où le « P » de Prévisionnelle aurait toute sa place ; c'est un objectif que je souhaite atteindre avec ma future collègue de la direction des ressources humaines.

Renouer le contact avec l'IFSI, dans l'intérêt de nos institutions et surtout dans l'intérêt du futur professionnel pourrait déboucher sur une analyse des «manques »du jeune professionnel qui permettrait à l'IFSI d'adapter le contenu de son programme, et l'aider dans son adaptation à l'évolution rapide des techniques médicales.

Ce mémoire confirme la place que prendra une gestion « professionnelle »des ressources humaines dans ma fonction de directeur des soins. Une réflexion d'un directeur des soins sur la qualité de l'accueil des jeunes professionnels vient conforter ce fait : *« comment voulez vous être persuasif avec un jeune infirmier sur la qualité de l'accueil à dispenser au patient, si l'on ne prend pas soin de lui assurer un accueil adapté ? »*. Ce travail confirme le lien étroit entre la qualité de la gestion des ressources humaines et la qualité des soins.

Dans le cadre d'une gestion par pôles, il est probable qu'une adaptation de ce processus. Nous sommes favorables à une participation des cadres supérieurs de pôles aux entretiens de sélection. La présence du directeur des soins apparaît tout aussi légitime qu'aujourd'hui dans ce processus car nous devons avoir à l'esprit que la personne recrutée l'est pour l'ensemble de l'institution.

C'est donc avec le respect du travail fourni par mon prédécesseur, mais avec ambitions et optimisme que je prendrai mes nouvelles fonctions demain. Ambitions, car je serai ambitieux pour le service de soins et pour l'institution dans ma recherche constante de progrès dans la prise en soins des patients. Optimiste, car c'est la première condition pour croire à la réussite des projets que nous mènerons en étroite collaboration avec l'équipe de directions et l'encadrement soignant, dans un hôpital en pleine mutation.

Bibliographie

□ TEXTES LEGISLATIFS

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 - Loi n°810-2004 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie. Journal officiel de la République française n°190, 17 août 2004, p 14598

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001-Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001, relatif au Conseil Supérieur de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République française, Journal officiel de la République française 30 décembre 2001, p 21432

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002- décrets N°550-2002 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République française N°95,23septembre 2002, texte n°10 p 7187

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 - Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, Journal officiel de la République française du 4 octobre 2001 n°230 pp15641-15642

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992 Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

□ OUVRAGES

ABBAD.J.*organisation et management hospitalier*. Berger-levrault Paris, 2001

BRIZON H.L'intégration de nouveaux soignants ; guide -suivi- évaluation, collection Encadrer à l'hôpital, Paris Masson, 2002,108 p

DEMARAIS G MARTINET C. sous la direction de RAZER J. *La maîtrise de la gestion des ressources humaines*. Guides de l'AP-HP. Paris: Lamarre, 2000. 79p,

DERENNE O, LUCAS A.M. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 1 le fonctionnaire hospitalier et sa carrière* Rennes. ENSP. 2002

DERENNE O, LUCAS A.M. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 2 le développement des ressources humaines coordination* Rennes. ENSP. 2002,, 294p

DUBAR C. *La socialisation / construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, 149 p

GOUDEAUX A, LORAUX N, SLIWKA.M *Formateurs et formation professionnelle*, Collection fonction cadre de santé. Paris : Editions LAMARRE, juillet 2004, 327p

KREBS G. *ressources humaines /nouvelles pratique selon l'ISO 9001*, saint Denis : AFNOR, 2004.164p

LE BOTERF G. *Ingénierie et évaluation des compétences. 4^{ème} édition. PARIS : Editions ORGANISATION.2004 .564p.*

LE BOTERF G. *Développer les compétences professionnelles. 4^{ème} édition. PARIS : Editions ORGANISATION.2003 .311p.*

MARSAL.L.*La détection des potentiels /pour une gestion anticipée des ressources humaines et des carrières*. ESF éditeurs 1998-collection formation permanente - séminaires Mucchielli¹

PERETTI J-M. *Ressources humaines*, 6^{ème} édition, éditions Vuibert. 2001.collection Gestion.259p

□ **ARTICLES**

DREVET G. « Cadres de proximité, des compétences à optimiser. *Soins cadres* février 2002,n°41

JEANGUIOT N.« Approche de l'alternance en formation : étude comparée de la formation des enseignants à l'I.U.F.M et de la formation des infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, juin1999 N°57

LELIEVRE F « Accueil et intégration à l'Hôpital, importance dans la gestion des ressources humaines. *Gestions Hospitalières* p825-826, décembre 2003

X « Courrier adressé aux parlementaires sur les budgets hospitaliers et la T2A.*La lettre de la FHF*, avril 2005, n°3

X «Le tutorat pour les nouveaux infirmiers en psychiatrie. *La gazette de l'hôpital*; juin 2005,N°56 p3, les études hospitalières, Bordeaux

□ **RAPPORTS/ GUIDES**

ANAES. *Le manuel d'accréditation des établissements de santé/première procédure d'accréditation*, 1999 - mise à jour juin 2003. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques

ANAES *Le manuel d'accréditation des établissements de santé/seconde procédure d'accréditation*» septembre 2004. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques

CHAUMET F, ROUSSEL P, SAUVAGET G *Guide méthodologique pour la conduite de projets d'amélioration de la qualité, version expérimentale 0.2*, document en projet, ENSP, septembre 2004, 47p,

DRASS Nord Pas de Calais. *Etude de la déperdition des étudiants en IFSI dans la région.*
Février 2005(non publiés)

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ; Rennes : Editions ENSP,
2004 .435p

TAVERNIER N, MAHE M.C, BARATAY P, GUERIN T. *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics.* Rapport d'étude. Ministère des affaires sociales, de la santé, et de la ville.1994, 33p

SUPPORTS DE COURS

BARTHES.R, *module gestion des ressources humaines, support de cours.* ENSP 2005

CADILHAC. X *module gestion des ressources humaines, support de cours.* ENSP 2005

LISTE DES ANNEXES

- **ANNEXE 1 / Guides d'entretiens**
 - **DS**
 - **DRH**
 - **DIFSI**
 - **CADRE**
 - **JEUNE PROFESSIONNEL**

- **ANNEXE 2 / AMDE « analyse du processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers »**

- **ANNEXE 3 / FICHE PROJET « Formalisation des processus de recrutement des personnels soignants, de rééducation et médico technique : de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel... »**

- **ANNEXE 4 / FICHE PROJET « Optimisation de l'encadrement des futurs professionnels infirmiers »**

- **ANNEXE 5 / FICHE PROJET « Mise en œuvre d'une démarche d'accueil, d'intégration et d'évaluation des jeunes professionnels infirmiers dans les unités »**

ANNEXE 1

ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS

- ❑ **Présentez-vous selon le point de vue professionnel?**
- ❑ **Présentez rapidement le centre hospitalier, sa position dans le contexte local ? la région ?**
- ❑ **Quelles sont les caractéristiques du personnel infirmier de l'établissement ?**
- ❑ **Comment déterminez-vous les besoins en jeunes professionnels infirmiers ?**
- ❑ **Quels sont d'après vous les facteurs d'attractivité de votre établissement ? pour un jeune professionnel infirmier ?**
- ❑ **Avez-vous noté une évolution ces dernières années ?**
- ❑ **Comment se déroule l'organisation des stages de projets professionnels ?**
- ❑ **Comment se déroule la sélection des futurs professionnels infirmiers ?**
- ❑ **Quels sont les critères et outils mis en œuvre dans la sélection ?**
- ❑ **Quelle est la place de la subjectivité dans cette décision ?**
- ❑ **Quels sont les paramètres qui interviennent dans la proposition d'affectation ?**
- ❑ **Comment et sur quels éléments proposez vous leur « stagiairisation » ?**
- ❑ **Raconter comment se décline le processus de recrutement entre la DRH et la DS au sein de votre établissement ?**
- ❑ **Dans quelle mesure, l'institut de formation intervient dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers au centre hospitalier ?**
- ❑ **Quels sont les autres axes et/ou projets de coopération entre les structures des soins et l'institut de formation ?**
- ❑ **Quelle place donnez-vous au processus de recrutement dans une politique de qualité et sécurité des soins? dans une politique de GRH de qualité ?**

- ❑ **Pouvez vous faire un bilan des modalités actuelles du processus**
- ❑ **de recrutement des jeunes professionnels?**
- ❑ **Quelles seraient les améliorations à apporter à ce processus ?**
- ❑ **Comment pensez vous les mettre en œuvre ?**

ENTRETIEN DIRECTEUR RESSOURCES HUMAINES

- ❑ **Présentez-vous selon du point de vue professionnel ?**
- ❑ **Présentez rapidement le centre hospitalier, sa position dans le contexte local ?**
- ❑ **Quelles sont les caractéristiques du personnel infirmier de l'établissement ?**
- ❑ **Comment déterminez-vous les besoins en jeunes professionnels infirmiers ?**
- ❑ **Quels sont d'après vous les facteurs d'attractivité de votre établissement pour un jeune professionnel infirmier ?**
- ❑ **Avez-vous noté une évolution ces dernières années ?**
- ❑ **Quelles sont les modalités concrètes de sélection des futurs professionnels infirmiers ?**
- ❑ **Comment s'effectue l'affectation des jeunes professionnels infirmiers ?**
- ❑ **Quel est le rôle de la DRH dans le dispositif d'accueil et d'accompagnement ? des jeunes professionnels infirmiers?**
- ❑ **Quels en sont les enjeux ?**
- ❑ **Comment et sur quels éléments décidez-vous de leur « stagiairisation » ?**
- ❑ **Comment se décline le processus de recrutement entre les DRH et la DS ? au sein de votre établissement ?**
- ❑ **Quelle place donnez-vous au processus de recrutement (sélection, accueil et intégration, encadrement puis évaluation) dans une politique de GRH de qualité ?**
- ❑ **Pouvez vous faire un bilan des modalités actuelles du processus de recrutement des jeunes professionnels ?**
- ❑ **Quelles seraient les améliorations à apporter à ce processus ?**
- ❑ **Comment pensez vous les mettre en œuvre ?**

ENTRETIEN DIRECTEUR IFSI

- Présentez-vous selon du point de vue professionnel ?**
- Présentez rapidement l'école, sa position dans le contexte local ? contexte**
- Pouvez vous me dresser un tableau du marché de l'emploi des jeunes professionnels que vous formez ?**
- Quels sont les lieux d'insertion professionnelle les plus courants ?**
- Quels sont d'après vous les facteurs d'attractivité d'un établissement ? Pour un jeune professionnel infirmier ?**
- Comment interviennent les stages, et en particulier le stage de projet professionnel dans son choix ?**
- Comment se déroule l'organisation des stages de projets professionnels ?**
- Comment concevez-vous un dispositif d'accueil et d'accompagnement des jeunes professionnels infirmiers facilitant l'acquisition des compétences au niveau des unités de l'hôpital?**
- Quels en sont les enjeux ?**
- Dans quelle mesure, l'institut de formation intervient dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers au centre hospitalier ?**
- Quels sont les autres axes et/ou projets de coopération entre les structures de soins et l'institut de formation ?**
- Quelle place donnez-vous au processus de recrutement dans une politique de qualité et sécurité des soins? dans une politique de GRH de qualité ?**
- Pouvez vous faire un bilan des modalités actuelles du processus de recrutement des jeunes professionnels au centre hospitalier?**
- Quelles seraient les améliorations à apporter à ce processus ?**

ENTRETIEN CADRE

- Présentez-vous selon le point de vue professionnel?**
- Présentez rapidement l'unité ?**
- Quelles sont les caractéristiques du personnel infirmier de votre unité ?**
- Comment déterminez-vous les besoins en professionnels infirmiers ?**
- En ce qui concerne les jeunes professionnels infirmiers,**
- Quels sont d'après vous les facteurs d'attractivité de votre établissement ? de votre unité ? Avez-vous noté une évolution ces dernières années ?**
- Comment se déroule l'organisation des stages de projets professionnels dans l'unité ?**
- Comment se déroule la sélection des futurs professionnels infirmiers pour votre unité ?**
- Quels sont les critères et outils mis en œuvre dans la sélection ?**
- Quelle est la place de la subjectivité dans cette décision ?**
- Quels sont les paramètres qui interviennent dans la proposition d'affectation dans l'unité?**
- Racontez-moi comment se passe l'accueil d'un jeune professionnel dans l'hôpital ?**
- dans l'unité ?**
- Comment facilitez-vous au sein de l'unité l'acquisition des compétences spécifiques par les jeunes professionnels?**
- Qu'est ce qu'un accueil et un accompagnement réussi?**
- Quelle place donnez-vous au processus de recrutement (sélection, accueil et intégration, encadrement puis évaluation) dans une politique de qualité et sécurité des soins dans l'unité ? dans une politique de GRH de qualité ?**
- Pouvez vous faire un bilan des modalités actuelles du processus de recrutement des jeunes professionnels dans votre unité ?**

JEUNE PROFESSIONNEL INFIRMIERS

- ❑ **Présentez votre parcours professionnel ?**
- ❑ **De quelle IFSI venez-vous ?**
- ❑ **Racontez dans quelle mesure votre parcours en stage, en particulier**
- ❑ **Votre stage de projet professionnel est intervenu dans votre choix de carrière?**
- ❑ **Quelles étaient vos attentes en fin de formation par rapport à l'intégration dans une équipe de professionnels?**
- ❑ **Quels sont d'après vous les facteurs d'attractivité de l'établissement ? de l'unité ?**
- ❑ **Comment s'est déroulée votre sélection ?**
- ❑ **Quels sont les critères et outils mis en œuvre dans la sélection ?**
- ❑ **Quelle est pour vous la place de la subjectivité dans cette décision ?**
- ❑ **Quels sont les paramètres, si vous les connaissez, qui sont intervenus dans votre affectation?**
- ❑ **Racontez-moi comment se passe l'accueil d'un jeune professionnel dans l'hôpital ? dans l'unité ?**
- ❑ **Présentez rapidement les spécificités d'une infirmière en ?**
- ❑ **Comment facilitez-vous au sein de l'unité l'acquisition des compétences spécifiques par les jeunes professionnels?**
- ❑ **Racontez votre évaluation avant la mise en stage ? sur quels critères ?**
- ❑ **Quelles propositions suggérez-vous pour améliorer le processus de recrutement?**
- ❑ **Quel est le bilan de ces premiers mois de vie professionnelle ?**
- ❑ **Où seriez-vous dans un an ?**

AMDE

ANNEXE 2

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	Tableaux des postes vacants Absentéisme de longue durée Projets d'activités nouvelles	Besoin mal identifié	Tableau des postes vacants non pertinent Non réalisation des projets	Recrutement inadapté Conséquences pour la personne recrutée Conséquences pour l'institution	Avant : absence de tableaux des postes vacants mis à jour ;absence de cohérence de suivi de l'absentéisme Après : postes non occupés, sureffectif	Mise en commun des tableaux de suivi entre la DRH et la DS
2	DS & DRH	S'assurer des moyens financiers	Tableau des emplois budgétaires	Moyens mal identifié	Tableau des emplois budgétaires perfectibles ou absent	Recrutement remis en cause	Avant : absence ou imprécision du tableau	Mise en place d'un tableau des emplois tenu et actualisé
3	DRH & DS	Appeler à candidature externe	Site Web Note de service IFSI	Non parution et/ou erreur de formulation de l'appel à candidature	Erreur de rédaction Erreur de transcription	Pas ou peu de candidature 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
4	DRH & DS ou CS	Recevoir les candidatures	Courriers	Courrier pas 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
5	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
6	DS & secrétaire	Convoquer les candidats	Courriers Voire tel Voire 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
7	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 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
8	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
9	DS ??	Informé le DRH pour validation du choix	Oral Ecrit	DRH pas ou mal informé	Information pas arrivée ou distorsion	Absence de validation	Avant : écrit non parvenu Après : absence ou réponse tardive	Sécuriser le circuit de l'information
10	DS/Secrétaire	Informé les candidats des résultats des entretiens et de leurs affectations	Téléphone Confirmation par courrier	Courrier pas arrivé ou tardivement	Consignes pas ou mal respectées Retard	Candidat pas informé Candidat perdu	Avant : délai de réponse trop long Après : appel de candidat Candidat perdu	Réduire les délais de réponse Formaliser les procédures
11	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
12	DS/CSS	Informé 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

N°	QUI ?	QUOI ?	AVEC QUOI ?	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
13	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
14	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 dérangement	Information insuffisante préjudiciable à la prise de fonction	Avant : manifestation d'inquiétude avant la prise de fonction Après : prise de fonction perfectible	remettre le livret d'accueil du service
15	CS/PT	Encadrer le professionnel	Tutorat Utilisation des outils organisationnels du service Découverte des malades et des soins	Opérationnalité insuffisante	Capacité d'adaptation insuffisante Encadrement perfectible	Adaptation difficile autonomie retardée	Avant : charge de travail importante Manque de disponibilité des encadrants Après : oublis, erreurs, incertitudes	Rendre efficiente les organisations Adapter le planning de prise de fonction à l'activité
16	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 perfectible	Evaluation insuffisamment argumentée	Avant : encadrement insuffisant Procédure de suivi perfectible Après : critères d'évaluations inexploitable	Formaliser les outils à partir de critères objectifs
17	DS/CSS	Valider l'évaluation	Rapport d'évaluation	Evaluation insuffisamment argumentée	encadrement insuffisant Procédure de suivi perfectible, 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
18	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
19	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

N°	QUI ?	QUOI ?	AVEC QUOI ?	Modes de défaillances	Causes des défaillances	Effets des défaillances	Moyens de détection avant, après défaillance	Actions préventives possibles
20	DRH/Panel de professionnels	Accueillir le professionnel dans l'institution	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
21	CS/PT/Med	Evaluer le professionnel	Procédure de suivi Avis, des pairs, du cadre, de l'équipe médicale	Insuffisance de critères objectifs	Suivi perfectible	Evaluation insuffisamment argumentée	Avant : encadrement insuffisant Procédure de suivi perfectible Après : critères d'évaluations inexploitable	Formaliser les outils à partir de critères objectifs
22	DS/CSS	Valider l'évaluation	Rapport d'évaluation	Evaluation insuffisamment argumentée	encadrement insuffisant Procédure de suivi perfectible, 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
23	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
24	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
25	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

ANNEXE 3

TITRE	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Formalisation des processus de recrutement des personnels soignants et de rééducation et médicotechnique de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel</u>
CHEFDE PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECTEUR
PILOTE/COPILOTE	<ul style="list-style-type: none"> • DRH /DS
COMPOSITION DU GROUPE (en dehors des pilotes)	<ul style="list-style-type: none"> • Deux cadres administratifs de la DRH • Un cadre supérieur • Un cadre infirmier • Un cadre médico technique • Un cadre rééducation
PROBLEMATIQUE DE DEPART	<ul style="list-style-type: none"> • Les manuels d'accréditation préconisent des fonctions de gestion des ressources humaines aux responsabilités clairement identifiées • L'absence de formalisation du processus est à l'origine d'erreurs, de perte de temps et de conflits entre les deux directions • Les cadres et les professionnels ne connaissent pas l'ensemble du processus de recrutement • L'organisation et le rôle de chacun dans la campagne de recrutement des jeunes professionnels infirmiers n'sont pas formalisé
REFERENCES	<ul style="list-style-type: none"> • Manuel d'accréditation version 1, GRH référence 1 • Manuel d'accréditation version 2,référence 3 • Décret N°550-2002du 19/04/2002 portant statut particulier du directeur ses soins de la fonction publique hospitalière • Législation concernant la fonction publique et la fonction publique hospitalière
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux exigences de l'accréditation • Déterminer le rôle de chaque direction dans chaque étape du processus de recrutement de la détermination des besoins à l'accueil institutionnel (détermination du besoin, sélection, affectation, accueil institutionnel) • Optimiser l'organisation de la campagne de recrutement des jeunes professionnels infirmiers
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre d'erreurs et de doublons • Gain de temps • Diminution du temps de réponse aux jeunes professionnels après la campagne de recrutement • Satisfaction des personnes concernées

	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des procédures par l'encadrement
ACTIONS ET CALENDRIER (Janvier à mars)	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une analyse du processus existant (AMDE) • Elaboration d'une procédure concernant le processus de recrutement des personnels soignants et médicotechniques de la détermination du besoin à l'accueil institutionnel • Elaboration du contenu des journées d'accueil institutionnel destinées aux soignants • Rédaction d'une procédure reprenant les différentes étapes de la campagne de recrutement des jeunes professionnels infirmiers • Diffusion des procédures auprès de l'encadrement
COUT	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de réunion • Reprographie des documents
PERENNITE DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Réajustement des procédures sur initiative de la DRH ou de la DS
VALIDATION	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur le CTE • Comité de pilotage le Commission de soins le

ANNEXE 4

TITRE	<u>Optimisation de l'encadrement des futurs professionnels infirmiers</u>
CHEFS DE PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • DS/DIFSI
PILOTE/ COPILOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre soignant /cadre pédagogique
COMPOSITION DU GROUPE (en dehors des pilotes)	<ul style="list-style-type: none"> • Trois cadres soignants dont un issu de la Commission de soins • Deux cadres pédagogiques • Trois infirmiers dont un issu de la commission de soins • Deux futurs professionnels de 3^{ème} année dont le représentant à la commission de soins
PROBLEMATIQUE DE DEPART	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'harmonisation des pratiques d'encadrement • Absence de démarche écrite d'encadrement • Absence de cadre conceptuel • Insuffisance d'outils d'encadrement(accueil, suivi, tutorat...) • Absence d'information sur le niveau de connaissances pratiques de l'élève • Qualité inégale des rapports de stage • Absence de repérage des futurs professionnels prometteurs • Difficultés liées à l'organisation des temps de stage
REFERENCES	<ul style="list-style-type: none"> • Textes législatifs relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession d'infirmier • Manuel d'accréditation version 1/référence 6 GRH • Manuel d'accréditation version 2 / référence 9 • Projet pédagogique de l'IFSI
OBJECTIFS	<p><u>Finalité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Former en étroite collaboration avec l'IFSI des professionnels compétents, pragmatiques capables de s'adapter et de progresser <p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser et harmoniser au sein des unités une démarche d'encadrement cohérente • S'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le futur professionnel • Sensibiliser les professionnels sur la valeur juridique de la qualité

	<p>de l'encadrement des futurs professionnels infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des supports écrits communs afin d'aider les unités de soins dans leur mission d'encadrement • Développer l'attractivité de la structure pour les futurs professionnels • Faciliter la sélection des jeunes professionnels lors de la campagne de recrutement par un repérage des futurs professionnels « prometteurs » • Sensibiliser l'encadrement sur la qualité des rapports de stage et leur utilité dans la sélection des jeunes professionnels développer le travail en partenariat avec l' IFSI • Optimiser l'organisation des stages
<p>INDICATEURS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de satisfaction des futurs professionnels quant à la qualité de l'encadrement • Augmentation du nombre de postulants lors de la campagne de sélection
<p>ACTIONS ET CALENDRIER (hypothèse / début de projet septembre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de l'existant • Recensement des pratiques et des outils d'encadrement existants (septembre) • Identification du niveau de satisfaction et des attentes des étudiants et des professionnels par questionnaires (octobre à décembre) • Elaboration d'un document sur la conception de l'encadrement et des soins (novembre) • Organisation de l'encadrement en stage à partir de l'analyse des questionnaires (préparation du stage et accueil, évaluation et suivi, rôle du tuteur de stage)(janvier à mars) • Elaboration des outils d'encadrement(livret d'accueil, fiche d'évaluation à mi stage, livret d'acquisition des actes professionnels infirmiers (avril à juin)) • Nomination d'un référent infirmier « encadrement » par unité (mai) • Présentation du projet et diffusion auprès des cadres soignants ,pédagogiques et des référents(juin) • Sensibilisation de l'encadrement à la qualité des évaluations et au repérage des futurs professionnels(juin) • Déclinaison du projet par le cadre et le référent dans chaque service • Evaluation du projet auprès des professionnels et des étudiants

	après un an de mise en place(septembre n+2°)
COUT	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de réunion • Reprographie des différents outils
PERENNITE DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation annuelle puis tous les deux ans de la satisfaction des professionnels et des futurs professionnels • Mesure annuelle du nombre de postulants • Suivi de la pérennité de l'action par le référent d'encadrement et le cadre
VALIDATION	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de pilotage : le • Commission de soins : le • Conseil technique : le

ANNEXE 5

TITRE	Mise en œuvre d'une démarche d'accueil, d'intégration et d'évaluation des jeunes professionnels infirmiers dans les unités
CHEF DE PROJET	DS /DRH
PILOTE/COPILOTE	Cadre soignant /Cadre pédagogique
COMPOSITION DU GROUPE (hors pilotes)	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre administratif de la DRH • 3 Cadres soignants • 1 Cadre pédagogique • 3 Infirmiers « expérimentés » • 3 Jeunes professionnels • 2 médecins
PROBLEMATIQUE DE DEPART	<ul style="list-style-type: none"> • « Stress » des jeunes professionnels liés à la prise de fonction • formation initiale « généraliste » • évolution rapide des spécificités des services et des pratiques médicales • absence de procédure d'accueil dans les unités • insuffisance des outils permettant au jeune professionnel de se situer dans l'unité (livret d'accueil, référentiel d'activités) • les profils de poste n'existent pas dans la totalité des services • inexistence des plans d'intégration des compétences spécifiques au service • argumentaire des évaluations insuffisamment développées
REFERENCES	<ul style="list-style-type: none"> • Législation concernant la formation préparant au diplôme d'état et l'exercice de la profession • Manuel d'accréditation version 1, références 4,6,7 • Manuel d'accréditation version 2, référence 3,9
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> • faciliter l'intégration des jeunes professionnels dans l'unité • s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le jeune professionnel • faciliter l'acquisition par le jeune professionnel des compétences spécifiques au service • « fiabiliser » les évaluations
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • satisfaction des jeunes professionnels, des professionnels de l'équipe • baisse du nombre de « mises en stages » retardées • baisse du nombre de retours des évaluations vers le cadre pour

	argumentation insuffisante
ACTIONS ET CALENDRIER (18 mois)	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de l'existant sur les procédures d'accueil et d'intégrations existantes • enquête auprès des jeunes professionnels dans le domaine de l'accueil et l'intégration • élaboration par le groupe de travail d'un profil de poste «type » validé par la DRH • présentation du profil de poste « type »à l'ensemble de l'encadrement par le groupe de travail • déclinaison dans chaque unité du profil de poste « type » • validation des profils de postes par la DRH et la DS • élaboration d'une procédure et d'un livret d'accueil « type » destiné à l'accueil des nouveaux professionnels • présentation et diffusion de la procédure et du livret d'accueil « type »à l'ensemble de l'encadrement par le groupe de travail • déclinaison du livret d'accueil dans chaque unité • élaboration d'un profil de poste de « tuteur »par le groupe de travail • nomination de deux tuteurs par service par le cadre sur la base du volontariat • accompagnement par des membres du groupe secteur /secteur de surveillante chef des services dans l'élaboration d'un plan d'intégration des et d'une grille d'évaluation d'acquisition des compétences spécifiques du service avec la participation du corps médical • évaluation auprès des jeunes professionnels et des professionnels un an après de leur degré de satisfaction et de la qualité des outils
COUT	<p>Temps de réunion Temps consacré à une montée en charge progressive dans la structure Reprographie des documents</p>
PERENNITE DE L'ACTION	<p>La mise à jour des documents spécifiques au service sont sous la responsabilité des cadres de proximité. La satisfaction des jeunes professionnels et des professionnels expérimentés sera évaluée tous les deux ans Un suivi régulier de la durée moyenne de la mise en stage,du nombre de départs de jeunes professionnels sera effectuée tous les deux ans</p>