



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2010 - 2012**

Date du Jury : **décembre 2011**

**L'optimisation du processus de
recrutement : un levier de
performance hospitalière ?**

L'exemple du Centre Hospitalier de Versailles

Jean-Michel ORSATELLI

Remerciements

Je tiens à remercier Olivier Colin, Directeur du Centre Hospitalier de Versailles ainsi que tous les membres de l'équipe de direction pour la qualité de leur accueil et la confiance qu'ils ont bien voulu me témoigner.

Je tiens tout particulièrement à remercier Eve Parier, Directrice des ressources humaines, pour son accompagnement tout au long de ce travail et Jean-Marc Boussard, Coordonnateur général des soins, pour ses conseils et son appui sur ce projet.

Mes sincères remerciements vont également à Anne Lefebvre, Secrétaire Générale et maître de stage, pour sa bienveillance à mon égard et toute l'attention qu'elle a portée au bon déroulement de mon stage, ainsi que pour la qualité de nos échanges qui ont nourri ma réflexion sur mon futur métier.

Je souhaite aussi remercier Pierrette Leroy, Attachée d'administration hospitalière auprès de la DRH, Chantal Mairesse, Cadre supérieure de santé, et Michèle Decaillon, Attachée d'administration hospitalière responsable du Bureau des affaires médicales, pour leurs précieux conseils et le temps qu'elles ont bien voulu me consacrer.

Mes remerciements s'adressent également aux membres du Bureau du personnel non médical qui m'ont aidé dans la phase de collecte des données, en particulier Anaïs Tanguy, ainsi qu'aux personnes ayant participé au groupe de travail sur l'amélioration du processus de recrutement.

Enfin, merci à Alain Van Wassenhoven, Directeur des ressources humaines de l'Hôpital Privé de Parly 2 pour les informations qu'il m'a apportées, et à Aurélien Mollard, Directeur des ressources humaines de l'hôpital Antoine Béclère, dont les observations avisées m'ont permis de m'approprier rapidement le sujet.

Sommaire

Introduction	1
1 Le recrutement est un élément constitutif de la performance du Centre Hospitalier de Versailles	5
1.1 La fonction recrutement, facteur déterminant de la performance hospitalière	5
1.1.1 Les ressources humaines constituent un facteur de performance.....	5
1.1.1.1. <i>Eclairage économique : le rôle du capital humain à l'hôpital</i>	5
1.1.1.2. <i>La performance des RH à l'hôpital : un enjeu croissant</i>	7
1.1.2 Le recrutement, puisqu'il détermine en partie la qualité des RH, influence la performance globale de l'hôpital	8
1.1.2.1. <i>Le cadre juridique dans lequel s'inscrit le recrutement : regard critique</i>	8
1.1.2.2. <i>Périmètre, aspects pratiques et enjeux du recrutement : l'identification du besoin et l'attractivité de l'hôpital, deux préalables essentiels au recrutement</i>	11
1.2 Le CHV mène une politique de recrutement très active et s'est engagé dans un contrat global de performance	13
1.2.1 Le processus de recrutement est particulièrement sollicité au CHV.....	13
1.2.1.1. <i>Le cas atypique du CHV, qui mène une politique d'augmentation globale des effectifs</i>	13
1.2.1.2. <i>Le recrutement du personnel médical constitue un modèle à part</i>	17
1.2.2 Le CHV commence à intégrer la notion de performance à sa fonction recrutement	20
1.2.2.1. <i>Le contrat de performance signé avec l'ANAP en 2011 incite indirectement à optimiser le processus de recrutement</i>	20
1.2.2.2. <i>Les projets de la direction pour renforcer la performance des RH et du recrutement</i>	21
2 L'analyse du processus de recrutement du CHV fait apparaître un certain nombre de limites	23
2.1 La méthode appliquée pour réaliser l'analyse	23
2.1.1 Le management par les processus appliqué au recrutement.....	23
2.1.1.1. <i>La théorie du management par les processus, préalable à intégrer avant la réalisation de l'étude</i>	23
2.1.1.2. <i>La méthode appliquée pour analyser le processus de recrutement du CHV</i>	24
2.1.2 Premier diagnostic du processus de recrutement du CHV	26
2.1.2.1. <i>La réalisation d'un tableau de bord afin de chiffrer le processus</i>	26

2.1.2.2.	<i>Une enquête menée auprès des principaux acteurs du recrutement...</i>	28
2.2.	Analyse détaillée du processus de recrutement du CHV	30
2.2.1.	Description des processus existants au CHV	30
2.2.1.1.	<i>La coexistence de différents types de procédures</i>	30
2.2.1.2.	<i>Description des différentes procédures : une formalisation partielle</i>	30
2.2.2.	Les limites du processus de recrutement du CHV	33
2.2.2.1.	<i>Principales faiblesses du processus mises en évidence par le groupe de travail</i>	33
2.2.2.2.	<i>Etude de cas</i>	35
3.	Les résultats de l'analyse et un benchmark permettent de dégager des propositions d'optimisation du processus	39
3.1.	Comparaison des résultats de l'analyse du CHV avec le processus de recrutement d'une clinique	39
3.1.1.	Le processus de recrutement de <i>Parly 2</i> , clinique membre de la Générale de Santé	39
3.1.1.1.	<i>Principales caractéristiques de la clinique</i>	39
3.1.1.2.	<i>Analyse comparée des processus de recrutement de la clinique et de l'hôpital</i>	41
3.1.2.	Conclusions de l'analyse comparée des processus de recrutement entre clinique et hôpital	44
3.1.2.1.	<i>L'objectivation d'enjeux de recrutement différents</i>	44
3.1.2.2.	<i>Certaines solutions proposées en clinique peuvent répondre aux attentes exprimées par les acteurs du CHV</i>	45
3.2.	Propositions de réformes à déployer en deux phases	46
3.2.1.	La mise en œuvre de réformes à court terme (1 ^{ère} phase : novembre - décembre 2011)	46
3.2.1.1.	<i>La mise en place d'une nouvelle procédure de recrutement</i>	46
3.2.1.2.	<i>La mise en place de nouveaux outils</i>	50
3.2.2.	La mise en œuvre de réformes structurantes à moyen terme (2 ^e phase : 2012-2013)	55
3.2.2.1.	<i>La mise en place d'un logiciel de recrutement et le développement du e-recrutement</i>	55
3.2.2.2.	<i>Mener des actions transversales : le renforcement de l'attractivité du CHV et la formation au recrutement</i>	58
	Conclusion	61
	Bibliographie	63
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
BAM : Bureau des Affaires Médicales
BPNM : Bureau du Personnel Non Médical
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CHV : Centre Hospitalier de Versailles
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNG : Centre National de Gestion
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
CV : Curriculum Vitae
DH : Directeur d'Hôpital
DRH : Direction des Ressources Humaines
DS : Direction des Soins
EEE : Espace Economique Européen
ETP : Equivalent Temps Plein
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
ISO : *International Organization for Standardization* : Organisation Internationale de Normalisation
PH : Praticien Hospitalier
PM : Personnel Médical
PNM : Personnel Non Médical
PU-PH : Professeur des universités – praticien hospitalier
RDV : rendez-vous
RH : Ressources Humaines
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

Le recrutement est aujourd'hui un domaine de cristallisation d'injonctions paradoxales faites au Directeur d'Hôpital. Tout d'abord, la santé financière d'un établissement repose en grande partie sur la maîtrise de sa masse salariale : les dépenses de personnel représentant en moyenne 70% des budgets d'exploitation des établissements publics de santé¹, le volume des recrutements fait l'objet d'un suivi constant de la part des Directions et de leur tutelle. Par ailleurs, le *turn-over*² constaté dans tous les hôpitaux oblige le Directeur à embaucher suffisamment de personnel, parfois dans l'urgence, pour maintenir l'activité de l'hôpital. Ces recrutements doivent pourtant cerner les bonnes compétences et correspondre aux besoins de l'hôpital, afin de répondre à l'exigence permanente de qualité de la prise en charge des patients et de sécurité des soins. Enfin, l'évolution du marché du travail fait apparaître un troisième type de contrainte : l'augmentation du nombre de « métiers en tensions »³ alors que les besoins de recrutement à l'hôpital sont réels et devraient être accentués au cours des prochaines années par les nombreux départs à la retraite : on s'attend par exemple à ce que 50% du personnel technique hospitalier parte à la retraite au cours des dix prochaines années.

Ces quelques exemples illustrent les pressions croissantes qui s'exercent sur le recrutement et sur celui qui est investi du pouvoir de recruter : le Directeur. Recruter devient ainsi un enjeu particulièrement stratégique. Recruter est en effet l'acte « d'engager » une personne, c'est à dire un engagement juridique réciproque qui peut s'exprimer par exemple sous la forme d'un contrat synallagmatique : les deux parties s'engagent, l'une à fournir son travail, l'autre à verser un salaire. Pour un fonctionnaire elle se matérialise par une décision administrative unilatérale du Directeur, qui intègre le fonctionnaire à l'établissement. Cet engagement est stratégique car il peut être analysé comme l'achat de compétences par l'hôpital, voire comme une opération d'investissement : l'hôpital s'engage à verser de l'argent à un individu qui va produire de la valeur par son travail. Le recrutement doit s'intégrer dans le projet global de l'établissement, et doit répondre aux attentes tant du recruteur que du recruté.

Toutefois, le recrutement n'est pas seulement un acte mais un véritable processus, c'est-à-dire un « enchaînement de faits dans le temps aboutissant à un résultat⁴ ». Recruter suppose en effet de préciser le besoin de recrutement avant de rechercher les candidats,

¹ Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2010

² Renouvellement du personnel

³ Métiers confrontés à des difficultés de recrutement

⁴ Définition Encyclopaedia Universalis

puis de les sélectionner, de concrétiser le recrutement pour enfin accueillir et intégrer les nouveaux arrivants. Il s'agit donc bien d'une suite d'actions reliées logiquement les unes aux autres, dont la mise en œuvre aboutit à un résultat qui se matérialise par la prise de fonction de l'agent.

Cette conception du recrutement comme processus ne fait cependant pas l'objet de publications académiques particulièrement nombreuses dans le milieu hospitalier. Le recrutement est en effet généralement étudié sous l'angle du manque d'attractivité de l'hôpital, sous celui de la fidélisation du personnel, ou encore depuis un prisme beaucoup plus large qui est celui de la gestion des ressources humaines ou la gestion des métiers et des compétences. Mais le recrutement est rarement étudié comme un processus qui est, par définition, optimisable. En effet, tout processus a un optimum, c'est-à-dire une configuration qui permet d'obtenir le meilleur résultat possible. L'optimisation du processus de recrutement vise donc à mettre en place des procédures répondant aux objectifs stratégiques de l'établissement.

Or, un objectif aujourd'hui particulièrement présent à l'hôpital est la recherche de la performance. La volonté d'avoir des hôpitaux performants est certes ancienne : il est même permis de penser que c'est là un des objectifs qui structure le métier de Directeur d'hôpital. Toutefois la notion de performance tend à être de plus en plus utilisée : une Agence Nationale d'Appui à la Performance a par exemple été créée en 2009⁵ et elle définit la notion de performance selon trois volets complémentaires⁶ : 1) la qualité des soins et de service ; 2) les conditions de travail des professionnels ; 3) l'efficacité opérationnelle et l'efficience économique.

Cette notion irrigue ainsi tous les secteurs de l'hôpital et notamment ses ressources humaines. On peut en effet penser que les RH influencent ces trois volets de la performance hospitalière dans la mesure où l'hôpital est, d'une certaine manière, une entreprise de production de services (production de soins, de prévention et d'information en santé) qui repose principalement sur ses ressources humaines. Or, c'est le processus de recrutement qui va permettre de sélectionner et d'intégrer des ressources humaines de qualité, en adéquation avec les besoins de l'hôpital.

On peut donc émettre l'hypothèse qu'un processus de recrutement sous-optimal peut pénaliser la performance de l'établissement : par exemple en ne sélectionnant pas les bonnes compétences nécessaires à l'hôpital, en ne positionnant pas le bon candidat sur

⁵ loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶ www.anap.fr

le bon poste, ou encore en pénalisant l'activité des services en attente de candidats par une procédure trop longue.

Cet enjeu est particulièrement présent au Centre Hospitalier de Versailles (CHV), qui sollicite fortement son processus de recrutement. En effet, le CHV constitue un exemple relativement atypique en la matière car il mène une politique d'augmentation globale des effectifs. Cette politique d'embauche, qui s'ajoute au *turn-over* que connaissent la plupart des hôpitaux français, amène le CHV à chercher à optimiser son processus de recrutement sur ses deux volets : qualitatif (comment cibler les bonnes compétences et avoir un recrutement de qualité ?) et quantitatif (comment recruter rapidement un grand nombre d'agents ?)

Dans ce contexte, il convient donc de se demander dans quelle mesure l'optimisation du processus de recrutement du CHV constitue un levier de performance.

Cette étude abordera le recrutement du personnel médical (PM) et du personnel non médical (PNM), mais se concentrera essentiellement sur ce dernier aspect. En effet, le recrutement du PNM représente l'essentiel du volume des recrutements, et cette procédure fait l'objet de critiques au sein du CHV, tandis que le recrutement de médecins – qui est certes fondamental en matière de performance hospitalière – répond à une logique bien particulière et cette procédure semble aujourd'hui performante au CHV : une analyse moins développée lui sera donc consacrée.

Ainsi, après avoir étudié dans quelle mesure le recrutement est un élément constitutif de la performance du Centre Hospitalier de Versailles (I), nous analyserons le processus de recrutement du CHV (II) et à la lumière des résultats de cette analyse et de la comparaison avec la clinique *Parly 2*, nous formulerons des propositions d'amélioration (III).

1 Le recrutement est un élément constitutif de la performance du Centre Hospitalier de Versailles

L'enjeu que représente l'optimisation du recrutement ne peut être compris sans avoir préalablement analysé dans quelle mesure la fonction recrutement peut avoir un impact sur la performance (1.1), spécialement dans un hôpital qui mène une politique de recrutement très active comme c'est le cas pour le CHV (1.2.).

1.1 La fonction recrutement, facteur déterminant de la performance hospitalière

La théorie, tout comme l'analyse empirique, mettent en évidence le rôle des Ressources Humaines dans la performance globale d'un établissement (1.1.1.). Plus précisément, le recrutement, puisqu'il est un processus de sélection des RH intégrant l'établissement, est un élément déterminant la qualité des RH, et donc influence la performance globale de l'hôpital (1.1.2.).

1.1.1 Les ressources humaines constituent un facteur de performance

1.1.1.1. Eclairage économique : le rôle du capital humain à l'hôpital

La théorie économique nous apporte un premier éclairage sur le lien existant entre les ressources humaines et la notion de performance. La théorie de la croissance endogène, conceptualisée pour la première fois par l'économiste Paul Romer⁷ en 1986, expose que la croissance économique repose en partie sur le capital humain, c'est-à-dire sur l'ensemble des formations, connaissances et bonne santé du travailleur qui le rendent plus productif. Si la quantification exacte de l'apport du capital humain dans la croissance n'a jamais été établie, cette théorie met en évidence l'importance d'un système favorisant la qualité des RH pour favoriser la production.

⁷ Paul Romer, Increasing Returns and Long Run Growth, Journal of Political Economy, octobre 1986

Ce raisonnement peut être, dans une certaine mesure et à une autre échelle, transposé dans le milieu hospitalier. En effet, l'hôpital, pour produire des soins, de la prévention et de l'information en santé, repose essentiellement sur sa main d'œuvre, qui constitue l'essentiel de ses dépenses. On peut donc penser qu'investir dans le capital humain de l'hôpital peut favoriser sa production. En d'autres termes, attirer du personnel de qualité et recruter les bonnes compétences sont autant d'exemples stimulant la performance hospitalière.

Par ailleurs, une note publiée en 2010 par le Ministère de l'Economie⁸ français démontre que la qualité des ressources humaines, et plus précisément les compétences des employés des PME, influence directement la compétitivité des entreprises. Cela s'explique par le fait que, d'une part, lors du recrutement, les difficultés que rencontrent les entreprises pour acquérir de nouvelles compétences freinent leur croissance et pèsent sur leur compétitivité ; d'autre part, les études économétriques soulignent que l'accroissement des compétences par la formation génère des gains de productivité. Ce raisonnement est transposable à l'hôpital : favoriser l'acquisition de compétences par les hôpitaux génère des gains de productivité.

La prise de conscience que les ressources humaines sont un facteur de performance n'est pas nouvelle. Ainsi, Jean Abbad⁹ note que dans les années 1980, « *l'hôpital a promu les hommes et les femmes au niveau des ressources au même titre que les ressources financières ou matérielle.* ». L'auteur ajoute que « *cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement* ».

Considérer les hommes comme une « ressource » s'inscrit dans une démarche économique, qui considère que les RH sont un levier de croissance et de performance. On considère ainsi que les notions de performance des RH et de performance globale de l'établissement tendent à s'imbriquer.

⁸ Ministère de l'économie, Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services, *Le rôle des compétences comme facteur de la compétitivité des PME*, 2010

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

1.1.1.2. *La performance des RH à l'hôpital : un enjeu croissant*

On constate aujourd'hui le développement d'exigences croissantes en termes de qualité de la prise en charge hospitalière. Or, ces exigences pèsent directement sur le personnel de l'hôpital, et induisent la nécessité d'avoir un personnel de qualité pour contribuer à la qualité globale de prise en charge.

Ces exigences émanent tout d'abord des patients, désireux de bénéficier de soins de qualité. S'ils estiment avoir subi un préjudice, la possibilité de saisir la justice leur est offerte : on constate ainsi un mouvement croissant de judiciarisation du monde hospitalier, où la responsabilité de l'hôpital, mais aussi des personnels de santé, peut être engagée. La loi du 4 mars 2002 relative « aux droits du patient et à la qualité de la prise en charge » étend ainsi la notion de préjudice réparable à l'activité médicale non fautive (c'est-à-dire l'aléa thérapeutique ou encore les infections nosocomiales). Elle affirme aussi le principe de la responsabilité pour faute des professionnels et des établissements de santé : « *les professionnels de santé, les établissements, services ou organismes dans lesquels sont pratiqués des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables de leurs actes qu'en cas de faute* »¹⁰. En 2008, les déclarations de dommages corporels consécutifs à des dommages médicaux représentaient 5% des plaintes en pénal, 10% des procédures ordinaires, 35% des procédures amiables et 25% des procédures CRCI¹¹. Cette judiciarisation de l'hôpital, qui pèse directement sur son personnel, souligne ainsi à quel point le facteur RH est important dans la qualité globale de l'établissement.

De plus, on peut souligner que la Haute Autorité de Santé, créée par la loi du 13 août 2004, fait des pratiques professionnelles – on pourrait dire : « des pratiques *des professionnels* » – un critère de notation pour certifier les établissements de santé. Ainsi, la manière dont travaillent les équipes de l'hôpital est analysée et comparée à un référentiel par des experts visiteurs. C'est donc la qualité du travail du personnel, la manière dont il est organisé, et de manière globale, la qualité de la prise en charge qui est étudiée. Là encore, cette exigence de qualité pèse sur le personnel. Et, rappelons-le, la qualité est une composante de la performance hospitalière.

Enfin, soulignons que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), créée en 2009, a élaboré un programme de travail s'appuyant sur six leviers de performance qui « permettront d'améliorer les établissements de santé et médico-sociaux ainsi que le

¹⁰ article L 1142-I et II du Code de la santé publique,

¹¹ MACSF, « Décisions de justice », *Responsabilité* n°38, juin 2010

système de santé en France »¹² : le levier n°4 est la valorisation des ressources humaines. Les RH sont ainsi considérés comme un levier de performance.

Au final, les RH peuvent donc être considérés comme un élément constitutif de la performance hospitalière. Bien que cela soit difficilement quantifiable, cette étude permettra de renforcer la théorie selon laquelle un personnel de qualité, correctement sélectionné, compétent et en adéquation avec les besoins de l'hôpital a un impact sur la performance de l'hôpital.

De nombreux facteurs peuvent influencer cette qualité des RH : par exemple la formation tout au long de la vie, la mise en place de parcours professionnels, ou encore la GPMC. Mais l'étape-clé qui doit permettre de sélectionner les meilleures compétences, afin de les mettre en adéquation avec les besoins de l'hôpital, c'est le recrutement.

1.1.2 Le recrutement, puisqu'il détermine en partie la qualité des RH, influence la performance globale de l'hôpital

1.1.2.1. Le cadre juridique dans lequel s'inscrit le recrutement : regard critique

Le recrutement est un pouvoir propre du Directeur. En effet, la loi du 9 janvier 1986¹³ dispose dans son article 4, alinéa 5 que « *les corps et emplois sont recrutés et gérés dans le cadre de chaque établissement* » et l'article 6 ajoute que « *les décisions relatives au recrutement et à la carrière des fonctionnaires sont prises par les autorités investies du pouvoir de nomination* ». Une délégation de signature peut être faite : c'est ainsi généralement le Directeur des Ressources Humaines (DRH) qui est compétent en matière de recrutement hospitalier. Des exceptions existent cependant pour certains corps, dont le recrutement dépend du CNG : le corps des Directeurs par exemple, ou encore celui des Praticiens Hospitaliers. Dans ce cas la nomination se fait par le ministre (ou par délégation le DG du CNG), et l'affectation est effectuée par le Directeur.

La nomination d'un agent titulaire n'est possible que si un emploi est vacant, selon l'article 12 de la loi du 13 juillet 1983¹⁴ : « *toute nomination ou toute promotion dans un grade, qui n'intervient pas exclusivement en vue de pourvoir un emploi vacant (...) est nulle* ». Les

¹² www.anap.fr

¹³ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹⁴ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

emplois vacants sont recensés à l'hôpital au sein du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, dont le modèle est fixé par l'arrêté du 4 mai 2010. En revanche le recrutement de contractuels est possible en l'absence de poste vacant : les agents sont recrutés sur CDD ou CDI, mais ne sont pas intégrés à la FPH.

On peut porter ici un regard critique sur la distinction entre titulaires et contractuels et sur l'application stricte des règles juridiques qui entourent cette distinction.

En effet, les emplois publics permanents sont en principe occupés par des fonctionnaires¹⁵. Le recrutement d'agents titulaires est effectué par la voie de la mutation, du retour de détachement, du retour de disponibilité ou de mise à disposition¹⁶. La titularisation peut avoir lieu dans l'hôpital – à la fin de la période de stage par exemple – ou le concours peut être organisé par l'établissement. Pour devenir fonctionnaire, la règle de recrutement est le concours. Dans la fonction publique, tout recrutement de titulaire repose sur la notion d'égalité d'accès aux emplois publics, découlant notamment de l'article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 : « *tous les citoyens (...) sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents* ». La discrimination entre candidats ne peut ainsi se faire que sur deux critères : le mérite et le talent, qui peuvent être appréciés par le concours. Sept conditions d'accès à la fonction publique sont définies à l'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 et précisées par l'ordonnance du 2 août 2005¹⁷ : avoir la nationalité française ou être ressortissant de l'EEE (mais certains corps sont accessibles par concours aux ressortissants de toutes nationalités, notamment celui de PH), remplir les conditions d'aptitude physique, jouir de ses droits civiques, avoir un casier judiciaire compatible avec l'exercice de la fonction publique, être en position régulière au regard du service national, satisfaire aux conditions d'âge, remplir les conditions de titres ou de diplômes. Après le concours a lieu la mise en stage, période probatoire permettant de vérifier l'aptitude à exercer un emploi afférent au grade. Si le candidat est apte, l'intéressé est titularisé à la fin de son stage : il devient titulaire de son grade et appartient à un corps, régi par un statut.

Mais en pratique, le recours à des agents contractuels est très fréquent. Par exemple, le pourcentage d'agents contractuels au Centre Hospitalier de Versailles est en hausse depuis plusieurs années : il est passé de 14% en 2008 à 19% en 2010 sur l'ensemble de l'établissement et concerne spécialement le domaine administratif : 30% des agents

¹⁵ loi de juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

¹⁶ art. 32 de la loi du 11 janvier 1984

¹⁷ Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'Etat

administratifs sont contractuels. Ces contrats peuvent être de droit public (CDD ou CDI), ou de droit privé à dispositions particulières, notamment pour des publics en difficulté : le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) par exemple ou les contrats de formation en alternance (le contrat d'apprentissage (CAP) et le contrat de professionnalisation (CP) notamment). S'ajoute aussi le recrutement d'intérimaires. Le décret n°91-655 du 6 février 1991, régit l'ensemble des agents contractuels de droit public employés dans des établissements relevant du titre IV. Rappelons que, hors dispositions législatives spécifiques, étant donné que l'employeur est une personne publique administrative, l'agent sera regardé comme relevant d'un service public administratif et son contrat sera qualifié de droit public (TC, 25 mars 1996, *Berkani*).

Pourtant, selon les articles 9 et 9-1 et 27 de la loi du 9 janvier 1986, le recours aux agents contractuels doit être motivé et ne peut intervenir que dans six cas de figure :

- lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient : notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaire hospitalier : par exemple les aumôniers ;
- lorsqu'il s'agit d'emplois permanents à temps non complet inférieurs au mi-temps ;
- pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ;
- pour faire face temporairement et pour une durée maximale d'un an à la vacance d'un emploi ;
- pour exercer des fonctions occasionnelles pour une durée maximale d'un an ;
- les travailleurs handicapés reconnus par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peuvent être recrutés pendant un an renouvelable une fois.

Ces critères sont généralement interprétés de manière extensive, notamment le premier : donc dans les faits, le recours aux contractuels est très fréquent. En effet, le recrutement de contractuel est beaucoup plus souple que celui de titulaires : leur salaire est négociable – on estime qu'au CHV les contractuels ont une rémunération 20% inférieure à celle des titulaires – et leur contrat n'inclue pas nécessairement d'avancement ou de prime.

Ainsi, les différences juridiques entre contractuels et titulaire doivent être intégrées au processus de recrutement, notamment parce que :

- dans la définition de son besoin de recrutement, l'hôpital doit déterminer s'il nécessite le recrutement d'un titulaire ou d'un fonctionnaire ;

- le statut de l'agent peut influencer certaines étapes de la procédure : lors du recrutement, l'étude des fiches de notation d'un titulaire peut par exemple être un des critères de sélection ;
- le recrutement se formalise par un contrat pour un contractuel alors qu'il s'agit d'une décision administrative pour un titulaire.

1.1.2.2. Périmètre, aspects pratiques et enjeux du recrutement : l'identification du besoin et l'attractivité de l'hôpital, deux préalables essentiels au recrutement

Avant qu'une procédure de recrutement ne soit engagée, la première phase préalable est l'identification d'un besoin. C'est ce besoin qui initie la démarche de recruter. Cette identification consiste à :

- Identifier un poste vacant : il résulte soit du départ d'un agent, soit de la création d'un poste. Cette identification est faite par le service et recensée par la DRH. Un enjeu est ici d'anticiper les besoins, notamment grâce à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, afin d'éviter les sous effectifs, les recrutements dans l'urgence ou le recours à l'intérim. Il s'agit aussi d'intégrer ce besoin dans la stratégie globale de l'établissement.
- Identifier les qualités nécessaires pour occuper ce poste : via la rédaction de fiches de postes, voire de fiches métiers. Le défi que relèvent certains hôpitaux, dont le CHV, est de passer d'une logique de « poste » à une logique « métier » reposant sur des situations significatives de travail et d'intégrer la notion de compétences.

Une fois le besoin identifié, le deuxième préalable au recrutement est d'attirer les candidats : l'attractivité de l'établissement joue ainsi un rôle primordial dans le recrutement, dans la mesure où il en est la « porte d'entrée ». Cette attractivité repose sur de multiples critères, notamment : les salaires et primes proposés, le déroulement de carrière possible et les formations dispensées, les conditions de travail, les conditions de logement éventuellement, les divers services annexes proposés (crèche, par exemple), la communication menée par l'hôpital auprès des filières de recrutement, etc.

La notion d'attractivité est liée à celle de fidélisation du personnel : les critères suscités permettent en effet de fidéliser le personnel, c'est-à-dire d'éviter son départ de l'établissement en lui proposant soit de rester sur un même poste, soit de changer de poste au sein de la structure : il s'agit de la mobilité interne. Ainsi, la fidélisation permet de promouvoir le recrutement interne : la procédure de recrutement, au lieu de s'adresser

uniquement aux candidats externes, s'adresse ainsi également aux agents travaillant déjà dans la structure.

Enfin, la dernière étape préalable au recrutement est la prospection : en fonction du profil du candidat souhaité, cette prospection peut concerner diverses filières de recrutement : des sorties d'école (IFSI par exemple), des entreprises d'intérim, des cabinets de recrutement plus rarement. Elle consiste plus généralement à déposer des annonces via divers vecteurs de communication : site internet du CHV ou magazine spécialisé par exemple. L'enjeu est alors de cibler les bons vecteurs pour attirer les compétences souhaitées. Toutefois, un constat empirique réalisé au CHV permet d'affirmer que cette phase de prospection n'a lieu que pour certains métiers en tensions. Pour d'autres métiers, la prospection est inutile et l'hôpital traite uniquement les candidatures spontanées qu'il reçoit quotidiennement : c'est le cas pour les candidatures d'ASH par exemple. Pour certains postes spécifiques, une obligation légale de publication des postes au CNG existe : les postes de Directeur ou de Praticien Hospitalier notamment.

Après ces étapes préalables, la phase de recrutement en tant que telle a lieu. Elle comprend notamment : l'analyse des CV, un ou plusieurs entretiens avec les candidats, éventuellement un entretien psychologique, une visite médicale à la médecine du travail, une sélection du candidat et une décision de recrutement. La phase post-recrutement est constituée de l'intégration dans l'établissement de l'agent, du début de son travail et de son évaluation.

Le recrutement repose ainsi sur la recherche permanente de l'adéquation des moyens humains aux missions de l'hôpital. Cette mission doit prendre en compte l'aspect quantitatif (c'est à dire les effectifs et les délais) et l'aspect qualitatif (c'est-à-dire les compétences).

Pour clore cette première partie, essayons de dresser les caractéristiques requises du processus recrutement, afin de garantir cette adéquation entre moyens et missions :

- le recrutement doit prendre en compte son contexte juridique, et utiliser l'ensemble des outils à sa disposition (différentes positions des titulaires, différents contrats des contractuels, etc.) ;
- le recrutement doit cerner les besoins de l'hôpital, en terme d'effectifs et de compétences : en cela c'est une fonction transversale. Cette transversalité implique notamment un bon échange d'informations et une coordination entre les différents directions de l'hôpital : DRH, DS, BAM... ;

- le recrutement doit être réactif: une fois un besoin ciblé, il convient de recruter rapidement ;
- le processus de recrutement devra être rapide : à la fois pour intégrer rapidement le nouveau personnel, éviter le sous-effectif, maintenir l'activité, et pour diminuer le coût du processus ;
- le recrutement doit être de qualité, c'est-à-dire cerner les bonnes compétences.

Donc aujourd'hui, le recrutement doit être efficace pour que l'hôpital reste compétitif.

Le périmètre du recrutement et ses enjeux ayant été définis, il convient à présent d'étudier le cas du Centre Hospitalier de Versailles, qui constitue en la matière un exemple atypique.

1.2 Le CHV mène une politique de recrutement très active et s'est engagé dans un contrat global de performance

1.2.1 Le processus de recrutement est particulièrement sollicité au CHV

1.2.1.1. Le cas atypique du CHV, qui mène une politique d'augmentation globale des effectifs

Alors que beaucoup d'hôpitaux français sont engagés dans des plans de retour à l'équilibre prévoyant la stabilisation voire la réduction des effectifs, le Centre Hospitalier de Versailles apparaît comme atypique, car il mène une politique d'augmentation globale des effectifs.

En 2011, le CHV dispose d'environ 2300 ETP : 2000 membres du PNM et 300 agents membres PM. Concernant le PNM, il se compose à 70% de personnel soignant et se répartit comme suit :

Effectifs du PNM au 31 décembre 2010, en ETP – quotité de travail

Source : CHV, Bilan social 2010

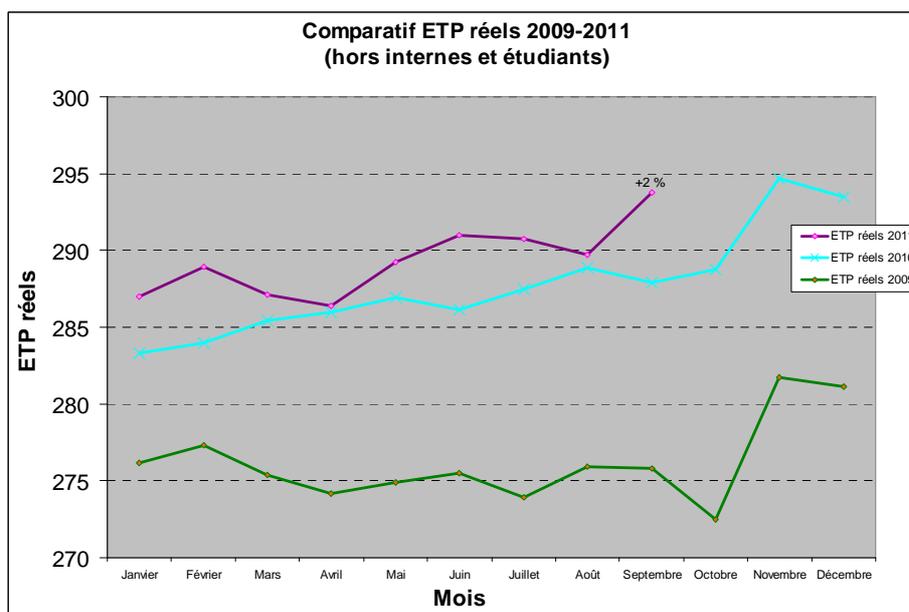
Filière	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	TOTAL
Personnel Soignant et Educatif	582	199.1	665.05	1436.15
Personnel Médico Technique	5.2	107.1	3.8	116.1
Personnel Administratif	16.6	131	141.28	288.88
Personnel Technique	19.3	16.80	154.3	190.40
TOTAL	623.1	454	954.43	2031.53

Le volume des effectifs et leur répartition sont dans les standards nationaux¹⁸. En revanche, leur évolution dans le temps est plus atypique. En effet, en situation financière difficile en 2007, le CHV a pris la décision de développer son activité pour augmenter ses ressources et mieux répondre à la demande de soins du territoire. Le contexte était favorable à cette politique : tout d'abord, cette stratégie entrainait en phase avec la nouvelle philosophie de tarification induite par la mise en place de la T2A ; ensuite, la demande de soins sur le territoire était très forte et le taux de fuite extraterritoriale des patients important ; enfin, l'établissement disposait des capacités physiques pour développer son activité, de nombreux lits ayant été fermés pour cause de restriction budgétaire pendant la dotation globale. Ainsi, le développement de l'activité a nécessité le recrutement massif de personnel.

Les deux tableaux suivants quantifient cette évolution.

Evolution du personnel médical depuis 2009

Source : CHV, présentation au Directoire d'octobre 2011



¹⁸ Agence Nationale d'Appui à la Performance, Diagnostic du CHV, 2010

La tendance est à l'augmentation globale des effectifs médicaux, qui sont passés de 275 en 2009 à 295 en septembre 2011. Cinq recrutements réalisés en fin d'année 2011 portent ce chiffre à 300.

Evolution des effectifs moyens rémunérés du PNM depuis 2007

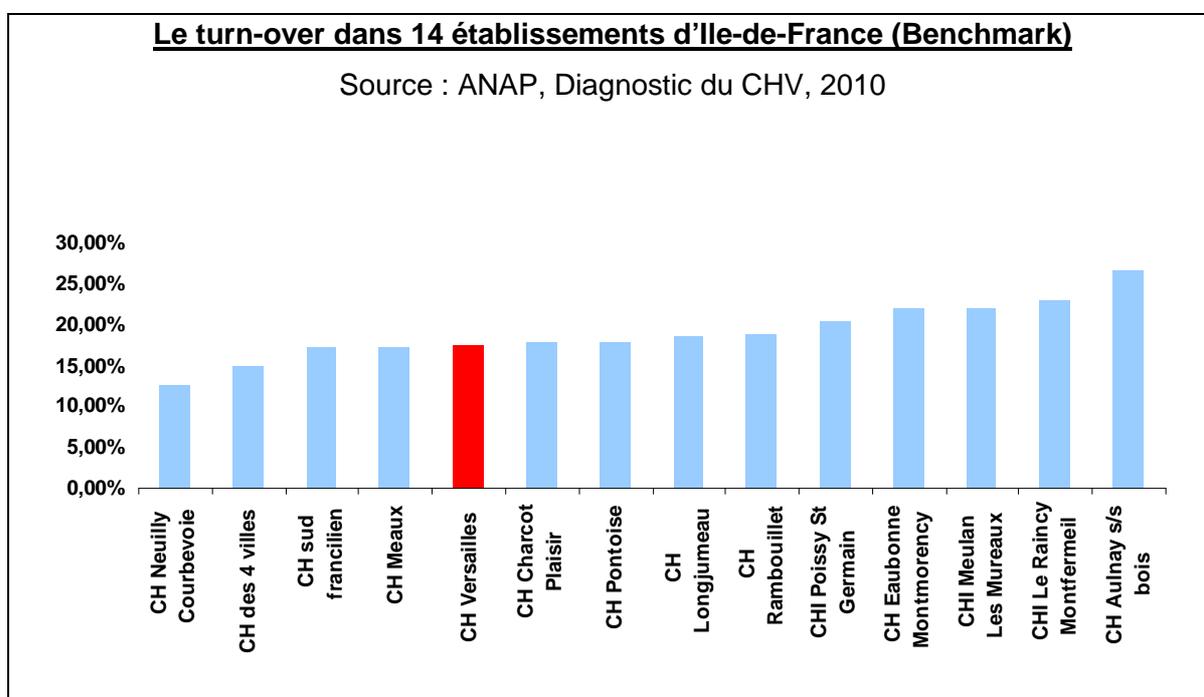
Source : Bilan social 2010 du CHV

Année	Effectif en ETP	Ecart en ETP	Evolution en %
2007	1 845.89		
2008	1 879.71	+33.82	+1.83%
2009	1 980.48	+100.77	+5.36%
2010	2 031.53	+51.05	+2.58%

De même, concernant les effectifs du PNM, la tendance est à l'augmentation constante des effectifs à un rythme relativement soutenu : 100 postes supplémentaires en 2009, 51 en 2010.

Cette politique de recrutement n'est pas terminée : elle va se poursuivre pendant les prochaines années. En effet, le Projet d'Etablissement 2011-2015 du CHV, adopté en juin 2011, fait de la territorialisation du parcours de santé des patients l'objectif cible de l'établissement. Le territoire de santé défini par l'ARS est l'ensemble du département des Yvelines, mais le bassin de population qui concerne directement le CHV est le Sud-Yvelines. Or, sur ce bassin, on constate une fuite de patients hors du territoire quantifiée à 35%, concentrés sur les secteurs de médecine et chirurgie, à destination principalement de Paris. Pour permettre de « re-territorialiser » le parcours de santé et ainsi permettre une prise en charge de proximité, le CHV a identifié deux moyens : la coopération et la modernisation. La coopération consiste à développer une prise en charge en réseaux et à mutualiser les moyens avec les établissements du territoire. La modernisation consiste à accroître l'activité du CHV via la rénovation et l'extension des bâtiments et du plateau technique. La modernisation implique notamment la construction de trois nouveaux bâtiments : un bâtiment pour le SAU-SMUR qui ouvrira en mars 2012, un pour la maternité en 2014, un pour la psychiatrie en 2015. Ces nouvelles constructions et les anciens locaux libérés vont permettre d'augmenter la capacité en lits. Ce développement d'activité implique nécessairement le recrutement de personnel : il est estimé à environ 120 créations de postes pour les deux prochaines années, uniquement du fait de la création de ces nouveaux bâtiments.

Si cette politique globale d'augmentation des effectifs sollicite fortement la fonction recrutement, un autre facteur induit la nécessité d'embaucher fréquemment : le fort *turn-over* du PNM en Ile-de-France¹⁹ : 19% en moyenne en 2009 sur 14 établissements franciliens hors AP-HP comparables au CHV²⁰. Trois facteurs principaux expliquent ce *turn-over* : tout d'abord, le grand nombre d'établissements de santé présents dans la région offre de nombreuses opportunités de changement de poste, dans un contexte de relative pénurie d'infirmières ; ensuite le prix élevé de l'immobilier amène les jeunes travailleurs à quitter le centre-ville pour devenir propriétaire dans des zones moins urbanisées²¹ ; enfin, à Versailles, il s'explique également par le fait que de nombreux conjoints des agents du PNM soient des militaires à grande mobilité, dû à la présence du camp militaire de Satory, non loin de l'hôpital.



Le *turn-over* de 17.5% au CHV est dans les standards régionaux mais sollicite fortement le processus de recrutement.

Ainsi, le CHV recrute en moyenne 400 agents du PNM, de tous métiers, par an. En 2010, 404 agents ont été recrutés (dont 286 contractuels) et 346 agents ont quitté l'établissement. Les motifs de départ sont, dans 50% des cas, des départs à la retraite, des fins de contrats, des congés parentaux ou des départs pour promotion professionnelle ; dans 25% des cas ils concernent une mutation, un détachement ou une

¹⁹ Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*, juin 2008

²⁰ ANAP, op cit

²¹ Sliwka C., *Turn-over des infirmières en Ile-de-France. Les stratégies des dirigeants et des cadres pour attirer et fidéliser*. Gestions Hospitalières, décembre 2005, 788-794

disponibilité ; dans 25% il s'agit de démissions, licenciements ou abandon de postes. Bien que la situation ne semble pas préoccupante au vue de ces statistiques, le CHV a intégré la fidélisation du personnel comme axe du projet RH, au sein du projet d'établissement.

Enfin, on peut noter un net effort pour maîtriser le recours à l'intérim. La politique de réduction de l'intérim est motivée par la mauvaise qualité constatée du travail effectué par les intérimaires et par le coût qu'il représente (1 093 208,52 € en 2009, 502 526,90€ en 2010, soit une diminution de 54,03%²²). Le personnel du CHV est donc incité à effectuer des heures supplémentaires en cas de pics d'activité. L'intérim fait l'objet d'un suivi particulier et est évoqué à chaque instance.

En conclusion de cette présentation synthétique des ressources humaines du CHV et de leur évolution, on retiendra que le CHV n'est pas confronté a des problèmes majeurs de RH, mais est dans une situation peu commune d'augmentation globale des effectifs, qui, en s'ajoutant à un *turn-over* relativement élevé, pèse sur le processus de recrutement.

Le cœur de la présente étude est l'analyse du processus de recrutement du personnel non médical, notamment en raison des volumes qu'il représente au CHV : près de 20 personnes reçues en entretien par semaine, plus d'un recrutement par jour en moyenne. Cependant, le sujet du recrutement du personnel médical ne peut être totalement écarté car il semble intimement lié à la performance.

1.2.1.2. Le recrutement du personnel médical constitue un modèle à part

Le recrutement du personnel médical peut avoir un impact direct sur la performance de l'hôpital, car :

- l'activité hospitalière, et plus spécialement la tarification à l'activité, repose essentiellement sur les actes médicaux ;
- le recrutement de médecins est étroitement lié à la stratégie de l'établissement : la création de nouvelles activités spécialisées implique le recrutement de médecins spécialistes par exemple ;
- la qualité de la prise en charge médicale – et parfois la réputation des praticiens – participe directement à la qualité globale de l'hôpital, à sa renommée et à son attractivité.
-

²² CHV, Bilan social 2010

Mais si le processus de recrutement de médecins semble présenter d'importants enjeux, il ne peut être totalement assimilé à la présente étude, car les processus de recrutement du PM et du PNM sont radicalement différents et connaissent des problématiques distinctes.

Tout d'abord, les masses considérées sont très différentes : le CHV compte 300 médecins et 2000 agents du PNM. Le *turn-over* (en volume) des médecins est plus réduit que celui du PNM et le recrutement nécessité par l'augmentation d'activité est moindre. Le processus de recrutement est donc moins fortement sollicité en ce qui concerne les médecins : 56 médecins recrutés en 2010, contre 400 membres du PNM.

Ensuite le processus de recrutement des médecins est très différent de celui du PNM, et moins complexe car il ne fait intervenir qu'un seul service : le Bureau des Affaires Médicales rattaché au Secrétariat Général – alors que le recrutement du PNM fait intervenir la DRH, la Direction des Soins, la médecine du travail, la psychologue du travail et le service ayant un poste vacant.

Les procédures administratives en la matière peuvent être nombreuses en fonction du statut du médecin à recruter, mais aucune incohérence particulière du système n'a été relevée par les acteurs de la procédure, contrairement au processus de recrutement du PNM où recruteur et recrutés font état de dysfonctionnements récurrents. Les principales étapes du processus de recrutement du PM sont les suivantes :

1. La vacance d'un poste est déclarée par le chef de pôle. En cas d'activité nouvelle, un avenant au contrat de pôle crée le poste.
2. Concernant les Praticiens Attachés et les Praticiens Assistants, ils sont généralement recrutés directement par les chefs de service, qui a pu repérer les praticiens assistants pendant leur internat par exemple. Depuis la loi HPST, ils sont proposés au Directeur par le chef de pôle, mais dans les faits, ils sont proposés aux chefs de pôle par les chefs de service.
3. Concernant les Praticiens Contractuels et les Praticiens Hospitaliers, le CHV a mis en place depuis 1996 une Commission des Effectifs, sous-commission de la CME composée de 14 médecins, qui auditionne les candidats pressentis par le chef de service afin de donner un éclairage au président de la CME, qui donne un avis.
4. Puis, selon le statut de la personne recrutée, la procédure diffère. Pour un Attaché, le contrat est fait par le Directeur, celui d'un Assistant ou d'un Contractuels nécessite un avis de l'ARS. Concernant les PH, les postes vacants doivent être publiés au CNG : généralement, le poste est publié quand l'hôpital a un candidat. La nomination est faite par le ministre, l'affectation par le Directeur.
5. Les candidats peuvent être reçus par le Directeur si leur poste est stratégique.

Si cette procédure peut sembler complexe, elle n'influence ni la qualité de la sélection du candidat, ni le délai de recrutement. En effet, le médecin peut commencer à travailler avant que son dossier administratif ne soit finalisé. Le caractère non bloquant de cette procédure lui donne ainsi une certaine souplesse, et le faible nombre de recrutements par an permet de suivre plus attentivement chaque dossier de recrutement.

De plus, la procédure de recrutement de médecins est favorisée par une forte attractivité du CHV, car :

- le CHV dispose d'une filière d'enseignement : 87 internes en médecine sont présents en permanence dans le CHV, ce qui permet d'attirer et de repérer les compétences ;
- sans être un CHU, le CHV est universitarisé : plusieurs services sont dirigés par des PU-PH, l'établissement est délégué à la recherche clinique et à l'innovation : cette originalité semble attirer les jeunes médecins ;
- l'hôpital possède un plateau technique développé et en cours de modernisation : les blocs opératoires vont être réaménagés en 2012, une gamma-caméra sera installée et une demande d'autorisation pour acquérir un TEP-Scan a été déposée ;
- l'environnement géographique est favorable, à proximité de Paris, et compatible avec un exercice libéral en parallèle à l'exercice en milieu hospitalier ;
- l'hôpital à taille humaine (711 lits) permet aux praticiens d'accéder rapidement à des responsabilités.

Ce contexte favorable permet aux CHV de connaître moins de difficultés que la moyenne des hôpitaux pour repérer les compétences médicales nécessaires, les attirer, les sélectionner et les recruter.

Pour toutes les raisons préalablement évoquées, le processus de recrutement des médecins ne fera pas l'objet d'une analyse plus approfondie.

1.2.2 Le CHV commence à intégrer la notion de performance à sa fonction recrutement

1.2.2.1. *Le contrat de performance signé avec l'ANAP en 2011 incite indirectement à optimiser le processus de recrutement*

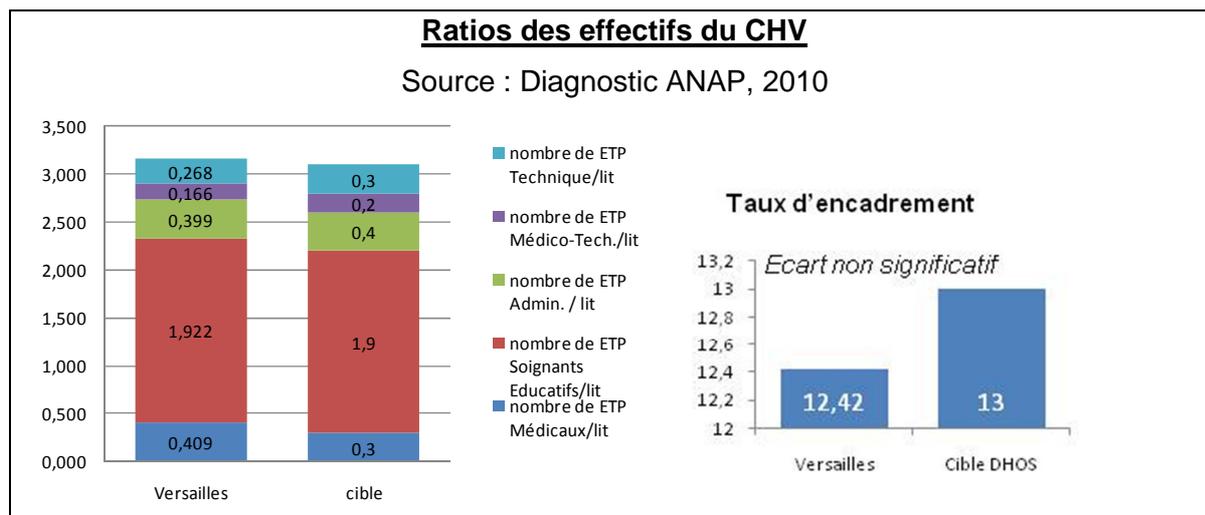
Le Ministère de la Santé a mis en œuvre des contrats de performance avec les établissements de santé pour améliorer durablement leur performance au profit des patients et des acteurs du système de santé.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a pour mission d'appuyer activement les établissements de santé dans la réussite de projets d'amélioration sur les trois dimensions de la performance : la qualité des soins et de service, les conditions de travail des professionnels, l'efficacité opérationnelle et l'efficience économique. Les engagements en termes de performance font l'objet d'une contractualisation entre l'établissement, l'ARS et l'ANAP. En 2010, le CHV a été choisi avec 50 autres hôpitaux français pour faire l'objet d'un diagnostic réalisé par l'ANAP, puis d'un contrat de performance. Le diagnostic de l'ANAP se décline dans différents domaines : finances, systèmes d'informations, information médicale, processus et organisation, et notamment dans le domaine des RH.

Dans le résultat de son diagnostic, l'ANAP indique qu'au CHV, les ressources humaines sont fortement contributives à la stratégie de l'établissement. *« Richesse de l'établissement, les ressources humaines sont envisagées comme une variable de croissance d'activité, et la stratégie RH, fondée sur l'augmentation d'activité, a anticipé la croissance. Les équipes sont motivées, fortement impliquées dans de nombreux projets, porteuses de la stratégie de l'établissement. »*²³

Les principaux ratios d'analyse des RH positionnent le CHV très proche de l'objectif cible fixé par l'Agence, notamment en termes de taux d'encadrement ou de répartition des ETP, comme l'illustrent les deux graphiques suivants :

²³ ANAP, op. cit.



Au vu des volumes de recrutements relativement élevés par rapport à la taille de l'établissement, l'ANAP a évoqué la piste de renforcer la performance du processus de recrutement.

Dans ce contexte, la Direction a choisi d'axer sa politique RH sur le renforcement de l'attractivité et de la fidélisation du personnel d'une part, et sur l'optimisation des processus d'autre part, à travers un projet global intitulé « le projet RH et soins ».

1.2.2.2. Les projets de la direction pour renforcer la performance des RH et du recrutement

Le « Projet RH et soins » est une composante du projet d'établissement qui se décompose en six axes²⁴ :

Axe 1 : attirer et fidéliser le personnel

Axe 2 : améliorer la qualité de vie au travail

Axe 3 : mettre en place une politique de l'encadrement

Axe 4 : améliorer les processus ressources humaines

Axe 5 : développer une gestion des ressources humaines citoyenne et responsable

Axe 6 : améliorer la prise en charge des patients et valoriser les équipes paramédicales

Une des actions de l'Axe n°1 est « améliorer le recrutement et l'accueil des agents ». On considère qu'il y a synergie entre attractivité et recrutement : d'une part un processus efficace, ciblant et intégrant les bonnes compétences à l'hôpital peut renforcer la qualité

²⁴ La synthèse du projet se trouve en Annexe n°2

des recrutements et être un facteur d'attractivité ; d'autre part l'attractivité du CHV permet d'attirer les candidats en adéquation avec les besoins de l'établissement.

Par ailleurs, l'Axe n°4 concerne l'amélioration de tous types de processus RH.

L'objectif d'optimiser le processus de recrutement s'inscrit donc pleinement dans le Projet RH et soins, et donc dans le projet d'établissement du CHV, car il découle des objectifs n°1 et n°4.

La Direction a donc choisi de mettre à plat le processus de recrutement afin d'en détecter les faiblesses et de le rendre plus performant, tant sur un plan quantitatif – s'agissant par exemple du nombre de personnes recrutées, ou de la vitesse de recrutement – que qualitatif : c'est-à-dire comment sélectionner et intégrer les bonnes compétences.

La méthode d'analyse et ses résultats vont à présent être présentés.

2 L'analyse du processus de recrutement du CHV fait apparaître un certain nombre de limites

L'analyse, qui s'est appuyée sur une base théorique et méthodologique (2.1) a permis d'identifier les principales insuffisances du processus (2.2).

2.1 La méthode appliquée pour réaliser l'analyse

2.1.1 Le management par les processus appliqué au recrutement

2.1.1.1. La théorie du management par les processus, préalable à intégrer avant la réalisation de l'étude

Le recrutement est un processus et non une procédure. Cette distinction est importante, car si les deux termes ont la même étymologie (du latin *pro* : « vers l'avant », *cessus*, *cederer* : « aller, marcher »), leur sens est différent. Selon la norme ISO 9000²⁵, un processus est un « *ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* » (dans notre cas, qui transforme les candidats en employés), tandis qu'une procédure est une « *manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus* ». Donc, à un processus peuvent correspondre plusieurs procédures. Ainsi, même si tous les hôpitaux ont un processus de recrutement, les modalités de sa mise en œuvre sont variables d'un établissement à l'autre, car chaque hôpital est libre d'appliquer ses propres procédures.

L'optimisation du processus s'inscrit dans une démarche de management par les processus. Cette démarche peut se définir comme la recherche de l'optimisation à partir de l'analyse des ensembles d'opérations successives, organisées en vue d'un résultat déterminé. En effet tout processus a un optimum, c'est-à-dire une configuration qui permet au processus d'atteindre ses objectifs. Le management par les processus suppose donc une définition préalable des objectifs du processus. Concernant le recrutement, la finalité du processus aura un volet quantitatif et un volet qualitatif²⁶. Ensuite, la question qui se pose, pour chaque étape du processus, est : « en quoi

²⁵ Organisation Internationale de Normalisation, ISO 9000:2005 : *Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire*

²⁶ Décrits dans le point suivant

contribue-t-elle à la réalisation de la finalité ? Il s'agit notamment d'identifier les niches d'inefficacité, les gisements d'amélioration et la manière de les traiter.

L'optimisation des processus est donc une démarche conduite de manière ponctuelle, sur un périmètre précis (le processus étudié) en vue de générer des gains de performance. Le management par les processus peut permettre d'optimiser les fonctionnements sur une courte durée : l'analyse du processus de recrutement nécessite quelques semaines ; en revanche la mise en œuvre des actions d'amélioration dépend, elle, de plusieurs facteurs : l'accompagnement des équipes, les moyens alloués, ou encore la pédagogie dont saura faire preuve l'initiateur du changement.

Enfin, le management par les processus vise à structurer l'organisation et identifier les gisements d'amélioration en éliminant l'inutile et en renforçant l'utile. Ainsi cette démarche peut régénérer le dynamisme d'une politique traditionnelle en renforçant son échelon tactique. Concernant le processus de recrutement, il peut donc s'agir :

- soit, à niveau de performance égal, de réduire le coût de la procédure, en réduisant les moyens humains dédiés au processus ;
- soit d'élever le niveau de performance du processus à moyens humains dédiés constants.

La première option n'est pas envisagée au CHV : il ne s'agit pas tant de réduire le coût de la procédure, mais plutôt d'agir sur la performance globale de celle-ci, tant en termes qualitatifs que quantitatifs.

Ainsi, la théorie du management par les processus ayant été exposée, l'étape suivante consiste à l'appliquer au processus de recrutement du CHV, en élaborant une méthode d'analyse.

2.1.1.2. La méthode appliquée pour analyser le processus de recrutement du CHV

La méthodologie suivante a été déterminée de concert avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction des Soins (DS), pour réaliser l'optimisation du processus de recrutement.

La première étape a consisté à définir les objectifs qualitatifs et quantitatifs du processus. Les objectifs qualitatifs du processus de recrutement sont :

- une bonne définition des besoins de recrutement, qui comporte la définition précise et complète des profils recherchés, l'anticipation du besoin, la définition des postes et celle des compétences requises ;
- une sélection efficace des compétences, en adéquation avec les besoins ;
- une procédure globale cohérente et de qualité pour inciter les personnes compétentes à déposer une candidature et à suivre la totalité du processus.

Les objectifs quantitatifs sont essentiellement :

- le délai total de la procédure et les délais de chaque étape ;
- la réactivité suite à une demande d'un service ou une candidature spontanée ;
- en conséquence : le nombre de candidatures traitées par année, à moyen humains dédiés constants, et le nombre de recrutements effectués.

La deuxième étape a consisté à mener une enquête auprès des principaux acteurs du recrutement. Ont été interviewés : le DRH, le délégué du personnel, le coordinateur général des soins, plusieurs cadres supérieurs de santé, des cadres du secteurs technique et administratifs. Cette enquête a pour but d'identifier les principaux problèmes ressentis concernant le recrutement, et les principales attentes des recruteurs.

Puis, un diagnostic chiffré du processus a été réalisé. Tout d'abord, des indicateurs ont été définis :

- des indicateurs concernant l'entrée dans le processus : quelles sont les demandes de recrutement les plus fréquentes, par quels services sont-elles formulées ? quel est le pourcentage de demandes de recrutements urgents ? Est-ce que cela résulte d'une absence d'anticipation ? Les demandes sont-elles irréalistes ? Y a-t-il de mauvaise rédaction de profil de poste ? En parallèle, combien de candidatures spontanées sont reçues ? De quels types ?
- des indicateurs de mesure de l'efficacité du processus : temps du cycle, délai de chaque étape, ressources mobilisées, coût de la procédure ;
- des indicateurs concernant la sortie du processus : adéquation des embauches à la demande : taux de départ dans la période d'essai.

Puis, 50 dossiers de recrutement ont été analysés. Ils concernent des candidats postulant sur différents types de postes : soignants et non soignants, agents titulaires et contractuels. Cette base de données n'a permis de répondre qu'à certains des indicateurs définis. Ainsi un « tableau de bord » a été construit, pour objectiver et quantifier le processus, en termes de volumes et de délais. Ce tableau sera présenté dans le point suivant.

La quatrième étape a consisté à créer un groupe de travail, composé du médecin du travail, de la psychologue du travail, de quatre représentants des cadres (un cadre de santé, un cadre logistique, un cadre technique, un cadre du secteur administratif), de deux cadres supérieurs de santé, de la DRH, du coordonnateur général des soins, de la responsable du personnel non médical, de la responsable de la formation, et de l'élève-directeur. Les thèmes de travail de ce groupe de travail ont été :

- 1) établir un état des lieux et un diagnostic général partagé par tous les secteurs : mise à plat du processus de recrutement, mise à jour et simplification des logigrammes, identification des particularités par secteur ou par corps, détection des problèmes généraux ;
- 2) analyser la réactivité du processus : identification des points de blocages et lenteurs excessives, proposition d'amélioration de la coordination entre services, mise en place d'indicateurs/tableau de bord pour suivre le processus de recrutement ;
- 3) étudier l'entrée du processus : renforcement de l'attractivité du CHV, possibilité d'instaurer un recensement centralisé des candidatures, outils de suivi des entretiens ;
- 4) favoriser un recrutement de qualité : utilisation du travail effectué sur les compétences pour améliorer le recrutement, révision de l'ensemble des imprimés du processus recrutement.

Enfin, suite à ce travail, des propositions de solutions ont été rédigées.

2.1.2. Premier diagnostic du processus de recrutement du CHV

2.1.2.1. La réalisation d'un tableau de bord afin de chiffrer le processus

Au CHV, il n'existe pas de tableau de bord du processus de recrutement qui permettrait de suivre les différentes étapes du processus, notamment pour calculer le délai total d'un recrutement. Ainsi, pour les besoins de l'étude, le tableau suivant a été réalisé à partir de l'analyse détaillée de 50 dossiers de recrutement. Il s'agit de 50 personnes recrutées par le CHV entre janvier 2011 et avril 2011. Deux tiers de ces recrutements concernent le secteur soignant, un tiers le secteur non soignant. La moitié de ces recrutements concerne des titulaires, l'autre moitié des contractuels²⁷.

²⁷ Le tableau de synthèse des données des 50 dossiers de recrutement, ayant servi de base à l'élaboration du tableau de bord, se trouve en Annexe n°3

Tableau de bord du processus recrutement

	TOTAL	Personnel soignant			Personnel non soignant		
		Contractuels	titulaires	total	Contractuels	titulaires	total
1	75 jours	75 jours	83 jours	78 jours	69 jours	NC	69 jours
2	20 jours	20 jours	21 jours	20 jours	20 jours	NC	20 jours
3	22 jours	21 jours	23 jours	23 jours	19 jours	NC	19 jours
4	69%						
5	36%						
6	10 jours						
7	2 jours						

Ce tableau de bord fournit des informations essentielles, telles que :

- la procédure de recrutement dure 75 jours en moyenne (2 mois et demi) : ce qui ne semble pas si long a priori.
- les candidats sont reçus en entretien en moyenne 20 jours après leur candidature au CHV : pour les soignants la réponse à la candidature est rapide (<72h), c'est le délai pour prendre le rendez-vous qui est long. Ce délai peut être en partie imputable aux contraintes de disponibilité des candidats.
- Après l'entretien, il faut en moyenne 22 jours pour passer la visite médicale : là encore, il faut prendre en compte les contraintes de disponibilité des candidats.
- Une date prévisionnelle pour le début de travail est fixée lors de l'entretien dans plus de deux tiers des cas et quasiment toujours respectée.
- Dans plus d'un tiers des cas le contrat de travail est signé après le début du travail de l'agent. Quand ce contrat est signé en retard, ce retard est de 10 jours en

moyenne. Quand le contrat est signé en avance, c'est deux jours avant la prise de poste en moyenne.

Au final, ce tableau de bord ne paraît pas alarmant : certains délais de la procédure peuvent certes être optimisés, mais la durée moyenne totale de 75 jours semble correcte au vu de standards en la matière²⁸.

Si la confection de ce tableau de bord et son étude ont permis de valoriser l'efficacité du processus de recrutement du CHV, l'enquête menée auprès des acteurs du recrutement a révélé certaines limites du processus.

2.1.2.2. Une enquête menée auprès des principaux acteurs du recrutement

La seconde étape pour compléter ce premier diagnostic a consisté à rencontrer les personnes participant activement au processus de recrutement afin de recueillir leur point de vue, les problèmes qu'ils identifient a priori et leurs attentes. Ainsi, en concertation avec la DRH, les personnes suivantes ont été vues en entretien :

- Directrice des Ressources Humaines
- Coordonnateur Général des Soins
- Responsable du Bureau du Personnel Non Médical (BPNM)
- Cadre Supérieure de Santé du pôle de médecine
- Cadre Supérieure de Santé du pôle de gériatrie
- Cadre Supérieure de Santé du pôle de psychiatrie
- Responsable de la Restauration

Ces personnes participent toutes au processus de recrutement. Ainsi, la DRH est responsable du recrutement et à l'initiative du projet d'optimisation ; le Coordinateur général des soins s'entretient avec tous les candidats de catégorie A, avec les cadres supérieurs des pôles concernés ; la responsable du BPNM étudie tous les dossiers de recrutement avant leur validation par la DRH ; les cadres supérieurs de pôle et le responsable de la restauration s'entretiennent avec tous les candidats postulant sur un poste concernant leur pôle ou service.

Il a été demandé à chaque interlocuteur :

- a) de décrire le processus
- b) d'identifier quelles sont les faiblesses des procédures en place

²⁸ ANAP, op. cit.

c) d'expliquer quelles sont ses attentes et ses souhaits d'amélioration en la matière

Ces entretiens ont permis de schématiser le processus de recrutement du CHV en 10 étapes :

1. Préalable : comment attirer les candidats ?
2. Les candidats envoient leur candidature au CHV
3. Sélection des CV
4. Entretien
5. Sélection du candidat
6. Visite chez la psychologue du travail (éventuellement)
7. Visite chez le médecin du travail
8. Le jour de la visite médicale, candidat remet à la DRH pièces justificatives
9. La DRH reçoit le dossier pour validation
10. Décision de recrutement

Ces étapes sont les grands jalons de la procédure. Il existe cependant de nombreuses étapes intermédiaires pouvant être à l'origine de dysfonctionnements. Le processus sera donc présenté dans le point suivant sous la forme d'un logigramme plus complet.

Selon les acteurs interrogés, les faiblesses générales de la procédure sont :

- un sentiment de lenteur de la procédure ;
- l'absence de centralisation des candidatures, reçues dans plusieurs services ;
- l'absence de sauvegarde centralisée des informations suite à un entretien avec un candidat : il peut donc être reçu plusieurs fois par différents recruteurs ;
- une information insuffisante sur les possibilités de mobilité interne ;
- des incohérences dans la procédure et un manque de coordination entre certains services.

Selon les acteurs interrogés, il semble donc nécessaire d'améliorer la performance de ce processus, sur ses deux volets :

- quantitatif : avoir un processus réactif pour recruter rapidement ;
- qualitatif : cibler les bonnes compétences au bon moment.

Ainsi, la méthode utilisée et ces premiers entretiens ont permis d'établir un premier diagnostic global, qui a servi de base à l'analyse du processus en tant que telle.

2.2. Analyse détaillée du processus de recrutement du CHV

2.2.1. Description des processus existants au CHV

2.2.1.1. *La coexistence de différents types de procédures*

On ne peut pas parler de l'existence d'une procédure de recrutement au CHV mais de *plusieurs* procédures parallèles qui coexistent. En effet, en fonction de la nature du poste à pourvoir, la procédure peut dépendre de directions différentes et faire intervenir différents types d'acteurs. Outre la procédure de recrutement de médecins évoquée antérieurement, deux grands types de procédures de recrutement du PNM coexistent :

- la procédure de recrutement du **personnel non soignant**, qui dépend directement de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et qui n'est pas formalisée ;
- la procédure de recrutement du **personnel paramédical**, qui dépend à la fois de la DRH et de la Direction des Soins (DS) : elle se décline en trois logigrammes distincts.

2.2.1.2. *Description des différentes procédures : une formalisation partielle*

Concernant la procédure de recrutement du **personnel non soignant**, celle-ci n'est formalisée ni par un texte, ni par un logigramme. Les recruteurs appliquent donc des règles « coutumières » liées à l'habitude et ils ne peuvent se référer à des textes écrits. Les entretiens passés avec les principaux acteurs du recrutement ont permis de reconstituer les différentes étapes de la procédure :

1. un poste (administratif, technique, logistique...) est déclaré vacant à la DRH, qui le publie en interne et en externe au CHV ;
2. les candidatures sont reçues par le service concerné et présélectionnées par le cadre, selon ses propres critères ;
3. des rendez-vous sont pris : les modalités de prises de RDV sont propres à chaque service ;
4. le cadre du service concerné assure l'entretien des candidats, seul ou avec les personnes de son choix ;
5. le candidat sélectionné est redirigé vers le Bureau du personnel non médical (BPNM), qui lui indique les pièces justificatives à fournir et fixe les RDV à la médecine du travail et si besoin avec le psychologue du travail ;

6. le candidat passe la visite médicale et la visite psychologique (éventuellement) et remet les pièces justificatives au BPNM ;
7. le dossier est étudié par la responsable du BPNM ;
8. la décision de recrutement est prise par la DRH.

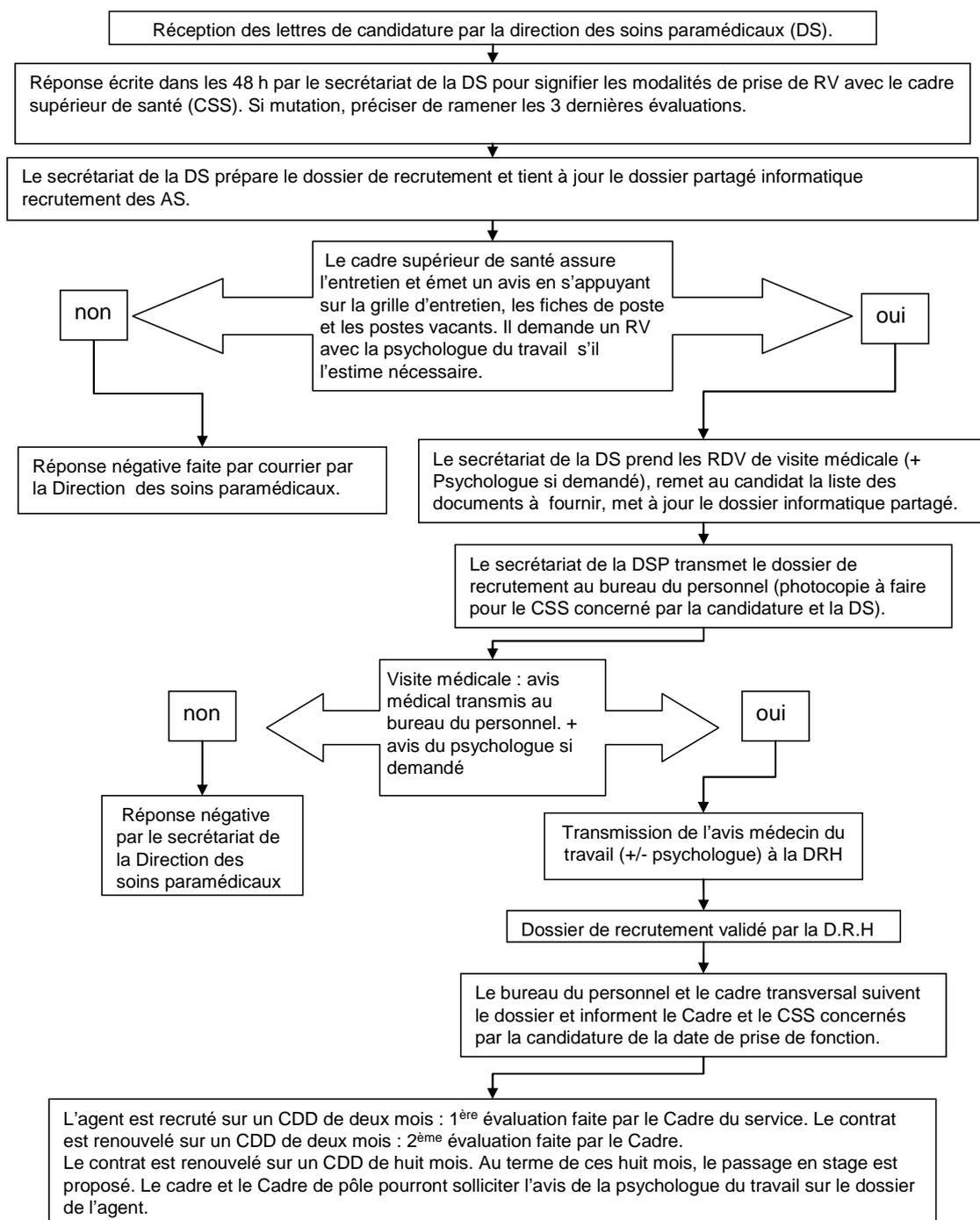
Concernant le recrutement du **personnel soignant** (paramédical), plusieurs procédures ont été formalisées en fonction de la nature du poste à pourvoir. Ainsi, il existe trois logigrammes différents :

- une procédure pour les candidatures d'ASH
- une procédure pour les candidatures d'Aide-soignant et d'Auxiliaire de puériculture,
- une procédure pour les autres candidatures : principalement les candidats ayant minimum bac+3, c'est à dire les IDE, manipulateurs, etc.

Les différences entre ces trois procédures résident essentiellement dans la nature des personnes étudiant les candidatures. Ainsi, pour les AS et AP, c'est le cadre supérieur de santé du pôle concerné qui étudie seul les CV et reçoit en entretien, alors qu'il est accompagné du Directeur de Soins pour les IDE, manipulateurs, et plus généralement les candidats soignants ayant un bac+3.

A titre d'exemple, le logigramme suivant est disponible sur l'intranet du CHV, concernant la procédure pour les candidatures d'Aides-soignants et d'Auxiliaires de Puériculture.

Procédure de recrutement des Aides Soignants et des Auxiliaires de Puériculture



Ce logigramme créé en 2008 donne une idée assez précise de la procédure, mais n'est pourtant pas à jour. Des observations de terrain et les entretiens avec les acteurs ont permis de déceler des limites dans l'application pratique de ce logigramme. Par exemple, à la première étape, les lettres de candidatures ne sont pas toutes réceptionnées par le secrétariat de la DS, mais peuvent l'être dans les service de soins. Ensuite, la troisième étape mentionne un fichier informatique partagé qui n'est plus utilisé depuis plus de deux

ans. De même, la quatrième étape mentionne une grille d'entretien qui n'est utilisée que par quelques cadres de l'hôpital. A la sixième étape, le document « poste vacant » n'est pas tenu à jour et est tombé en désuétude depuis plusieurs années. Enfin, à la dernière étape, les dates de durée des CDD sont obsolètes.

Ainsi, plusieurs procédures de recrutement coexistent, faisant intervenir plusieurs directions différentes. Ces procédures sont plus ou moins formalisées, et quand elles le sont, la pratique diffère de la procédure prévue dans les logigrammes.

Outre ces problèmes de formalisme, l'analyse du processus fait apparaître un certain nombre de limites.

2.2.2. Les limites du processus de recrutement du CHV

2.2.2.1. Principales faiblesses du processus mises en évidence par le groupe de travail

Le groupe de travail a mis en évidence les problèmes suivants, classés en fonction de leur place dans le processus.

1) Comment attirer les candidats :

- L'attractivité du CHV est plutôt bonne par rapport à la moyenne des hôpitaux français. Toutefois, des difficultés de recrutement existent sur certains types de métiers en tension (les IADE par exemple). Le projet RH et Soins prévoit un certain nombre d'actions en la matière²⁹.
- Pour le moment, le site internet du CHV ne permet de candidater que sur certains postes (faible développement du *e-recrutement*).

2) Réception d'une lettre de candidature (spontanée ou suite à la publication d'un poste vacant)

- Les lettres de candidatures peuvent être envoyées par les candidats dans plusieurs services différents et ne sont pas systématiquement centralisées, notamment en ce qui concerne le secteur hors soins. Ainsi, de nombreuses candidatures ne sont pas traitées ou sont écartées par un service alors qu'un service voisin aurait potentiellement été intéressé.

²⁹ Ces actions seront présentées dans la troisième partie de cette étude. Une synthèse du projet RH et soins est présente en Annexe n°2.

- Il n'existe pas de base de données commune au CHV concernant les candidats déjà reçus, dont la candidature aurait pu être rejetée. Un candidat peut donc voir sa candidature rejetée par un cadre supérieur de santé, puis postuler à nouveau quelques jours plus tard et être sélectionné par un autre cadre de santé.
- Il n'existe pas de base de données sur les postes vacants en temps réel permettant de répondre à la question « a-t-on réellement besoin du candidat que l'on reçoit en entretien ? ». Ainsi, des candidats sont vus en entretien alors qu'il n'y a pas de poste vacant.
- Les candidatures pour le secteur soignant sont déposées en format papier à la direction des soins et sont traitées aléatoirement par le premier cadre supérieur à en prendre connaissance : tous n'en sont donc pas forcément informés, ce qui peut créer un problème d'égalité. Pour les services non soignants, les candidatures sont traitées par le cadre compétent qui a reçu le dossier, mais ce n'est pas forcément le cas si le candidat a postulé dans un autre service.

3) Réponse donnée par le CHV pour éventuellement convoquer le candidat

- Dans le secteur administratif, les candidatures peuvent être traitées avec plusieurs jours de retard. Quand aucun poste n'est vacant, on ne donne souvent pas de réponse aux candidatures.
- Dans le secteur soignant, la Direction des Soins est très réactive notamment concernant les IDE (réponse donnée en 48h en moyenne), mais la convocation est faite sans savoir si un poste est vacant.

4) Premier entretien du candidat

- Pour les profils soignants, les candidats de Catégorie A sont reçus en binôme par le coordinateur général des soins et le cadre supérieur du pôle concerné. Pour les autres catégories, les candidats sont reçus uniquement par le cadre supérieur de santé. Dans le secteur non soignant, les candidats sont reçus par le cadre concerné. Certains cadres critiquent l'existence de différents formats d'entretiens et désireraient un format unique.
- Les compétences ne sont pas forcément évaluées objectivement. Des grilles d'entretien sont seulement utilisées par certains cadres supérieurs de santé. Les formations au recrutement ne sont pas systématiquement proposées aux recruteurs.
- Pour les candidats issus du privé, il est difficile de les informer du montant de leur futur salaire (difficulté du calcul des reprises d'ancienneté) : cette information n'est parfois pas donnée pendant le processus de recrutement, ce qui peut démotiver certains candidats.

5) Visite médicale à la médecine du travail

- Le planning est jugé parfois trop restreint par les cadres
- La radio pulmonaire du candidat est obligatoirement visée par le pneumologue, qui ne travaille que deux jours par semaine, ce qui semble rallonger les délais de procédure.
- Les dossiers médicaux des candidats sont mélangés à ceux des patients de l'hôpital, ce qui pourrait rallonger leur délai de traitement.

6) La DRH reçoit le dossier pour validation

- Le dossier reçu à la fin de la procédure, ce qui peut sembler trop tardif. Le recrutement est alors décidé ou non sur les bases suivantes : pièces d'identité, visa à jour éventuellement, diplôme, aptitude médicale, fiche de notation éventuellement pour une mutation, casier judiciaire. Le recrutement peut être refusé alors que la personne a déjà commencé à travailler.
- Le dossier de recrutement est un document papier peu adapté : il ne mentionne pas assez d'informations pour guider le recruteur pendant la procédure et ne laisse pas assez d'espace à l'expression du recruteur pour motiver son choix.

7) Décision de recrutement :

Le contrat de travail est parfois signé après le début du travail de l'agent, de même concernant la décision administrative d'intégration d'un titulaire.

8) De manière générale, les impressions sur le processus de recrutement sont :

- Le processus est globalement trop lent, peu réactif : délais trop importants entre le moment où l'on décide de recruter et le premier jour de travail du nouvel agent ;
- L'information sur les candidats disponibles et leurs compétences ne circule pas efficacement, notamment entre le secteur soignant et non soignant.

Ainsi, l'analyse détaillée du processus a mis en évidence un certain nombre de problèmes et d'incohérences. Celles-ci peuvent être illustrées à partir d'études de cas, qui vont permettre de souligner les conséquences engendrées par les limites du processus.

2.2.2.2. *Etude de cas*

Les exemples suivants sont des cas réels survenus dans le CHV.

Cas n°1

Description du cas : Monsieur M. postule pour un emploi d'ASH. Il est reçu en entretien par le cadre supérieur de santé d'un pôle, qui valide sa candidature et lui fixe un RDV à la médecine du travail. Le médecin du travail, constatant que le futur ASH n'est pas à jour de ses vaccins, lui pratique plusieurs vaccins. Une semaine plus tard, le candidat téléphone au Bureau du Personnel pour savoir quand son contrat sera signé : on lui apprend alors que, finalement, un autre candidat a été retenu à sa place.

Problèmes constatés : Le candidat a été informé trop tôt, et à tort, par le cadre supérieur qu'il allait être recruté, sa prise en charge par la médecine du travail était inutile et il a été informé trop tardivement du rejet de sa candidature.

Etapes du processus défailtantes : L'entretien avec le cadre supérieur n'aurait pas dû se conclure par la prise de RDV à la médecine du travail, mais par la mise en attente de la candidature le temps de recevoir d'autres candidats.

Pistes de préconisations : il n'appartient pas au cadre supérieur de prendre RDV à la médecine du travail, car le cadre peut avoir tendance à prendre RDV pour tous les candidats et sélectionner *in fine* la personne à recruter. Le bureau du personnel ou le secrétariat de la Direction des Soins pourrait se charger de la prise de RDV d'un seul candidat pour un seul poste vacant.

Cas n°2

Description du cas : Mlle G. a été retenue sur un poste d'aide-soignante et a effectué l'ensemble de la procédure : seul son contrat n'a pas encore été signé. Elle se présente pour son premier jour de travail, espérant signer le contrat le jour même : elle apprend alors que le poste a été supprimé, mais que l'on a oublié de l'en avvertir.

Etapes du processus défailtantes : la définition du besoin de recrutement n'a pas été correctement établie et n'aurait pas dû enclencher la procédure de recrutement. Pendant la procédure, le cadre recruteur ne s'est pas informé auprès du service pour mettre à jour les informations sur le besoin de recrutement. Enfin, le BPNM, qui a réceptionné le dossier du candidat, n'a pas averti le candidat à temps que sa candidature était sans objet.

Pistes de préconisations : il appartient à chaque pôle de définir les besoins en termes de recrutement et de recenser les postes vacants en lien avec le Bureau du Personnel : ceci est sous la responsabilité du cadre supérieur du pôle. Un tableau de postes vacants doit être tenu à jour par les cadres supérieurs, et le cadre recruteur doit s'y référer. Le bureau du personnel doit s'efforcer de contacter au plus vite les candidats en cas de problème identifié dans leur dossier de recrutement.

Cas n°3

Description du cas : Le chef cuisinier a quitté le CHV depuis près de deux mois, et le service de restauration cherche en vain à le remplacer. Un cuisinier intérimaire est employé depuis plusieurs semaines. Le responsable du service apprend au bout d'un mois que deux candidats postulants sur des postes d'ASH ont été rejetés par la Direction des Soins, alors que les candidats avaient des expériences de cuisiniers : mais les CV n'ont pas été redirigés par la Direction des Soins au service de restauration

Étapes du processus défailantes : L'échange d'information entre secteur soignant et non soignant est trop limité : les besoins de recrutement d'un secteur sont insuffisamment connus par l'autre secteur. De plus, la centralisation des candidatures est défailante : une candidature dans un service n'a pas pu être consultée par un autre service. Une fois la candidature rejetée, elle n'a pas été redirigée vers d'autres services.

Pistes de préconisations : *a minima*, les CV des candidats non retenus devraient être consultables par les responsables d'autres services. Un échange d'informations entre secteurs soignant et non soignant pourrait permettre à un secteur de rediriger des candidatures rejetées vers l'autre. Un vivier de compétences pourrait être créé : par exemple une base de données recensant tous les candidats reçus en entretien.

Cas n°4

Description du cas : Madame H., qui travaille actuellement dans une entreprise privée, candidate sur un poste de cadre des services techniques. Lors de son entretien de candidature – qui se conclut par une décision de recrutement – le recruteur ne peut pas lui donner d'informations concernant son futur salaire, car il faut calculer les reprises d'ancienneté. Pendant près d'un mois, la candidate tente à plusieurs reprises d'obtenir cette information auprès du BPNM, en vain. Madame H. a finalement retiré sa candidature après avoir trouvé un poste dans une autre entreprise.

Étapes du processus défailantes : lors de l'entretien d'embauche il est impossible de donner une estimation de salaire. La surcharge de travail du BPNM limite la réactivité de celui-ci à effectuer des calculs de reprise d'ancienneté. Enfin l'absence de logiciel adapté pour effectuer ces calculs pénalise l'ensemble de la procédure.

Pistes de préconisations : créer un logiciel permettant de faire des simulations de salaires serait possible. Une version « légère » donnerait une fourchette indicative au recruteur pendant l'entretien. Une version plus aboutie serait utilisée par les gestionnaires du BPNM pour donner une estimation plus précise.

Cas n°5

Description du cas : Monsieur B. se présente à un entretien pour un poste de brancardier. L'entretien est concluant et le cadre du pôle concerné décide de sélectionner ce candidat.

La procédure de recrutement est correctement menée, jusqu'à ce que le gestionnaire du BPNM effectue la vérification des pièces justificatives : il s'aperçoit alors que le casier judiciaire du candidat n'est pas compatible avec ses fonctions. En effectuant des recherches dans les archives, il s'aperçoit que le candidat avait déjà postulé au CHV un an plus tôt et sa candidature avait été écartée pour les mêmes raisons.

Étapes du processus défailantes : lors de la sélection par le cadre recruteur, ce dernier n'a pas pu vérifier que le candidat avait déjà postulé dans le CHV, du fait de l'absence de base de données.

Pistes de préconisations : créer une base de données recensant tous les candidats reçus en entretien, qui soit la base d'un vivier de compétences.

Ainsi, ces différents cas permettent d'illustrer les conséquences des dysfonctionnements de la procédure de recrutement. Plusieurs limites ont donc été identifiées : la partie suivante vise à formuler des propositions.

3. Les résultats de l'analyse et un benchmark permettent de dégager des propositions d'optimisation du processus

En complément de l'étude de la procédure de recrutement du CHV, il a été jugé opportun de comparer cette dernière à celle de la clinique *Parly 2* (3.1). Cette dernière étape de l'étude a permis de formuler un certain nombre de propositions (3.2).

3.1. Comparaison des résultats de l'analyse du CHV avec le processus de recrutement d'une clinique

3.1.1. Le processus de recrutement de *Parly 2*, clinique membre de la Générale de Santé

3.1.1.1. Principales caractéristiques de la clinique

L'*Hôpital Privé de Parly 2* est une clinique membre de la Générale de Santé depuis 2006, installée sur la commune du Chesnay, à 200 mètres du site principal du Centre Hospitalier de Versailles (Hôpital Mignot).

Elle a été choisie comme objet de cette étude pour deux raisons principales :

- la proximité géographique des deux établissements permet une comparaison dans un même contexte : même quartier, même ville, même bassin de population, même territoire de santé ;
- les bonnes relations entretenues entre les deux établissements ont permis de réaliser cette étude dans des conditions optimales.

Voici un tableau comparatif des chiffres clés de la clinique *Parly 2* et du Centre Hospitalier de Versailles, pour l'année 2010.

Clinique de Parly 2	Centre Hospitalier de Versailles
Inaugurée en 1971	Site principal inauguré en 1981
110 praticiens libéraux	300 ETP personnel médical
160 Personnel Non médical	2 000 ETP personnel non médical
250 lits et places dont 130 lits de chirurgie	711 lits et places dont 134 lits de chirurgie
SAU + 4 lits d'UHCD	SAU + 8 lits UHCD
18 000 séjours d'hospitalisation	42 000 séjours d'hospitalisation
14 000 passages aux urgences	58 000 passages aux urgences
1 400 naissances	3 100 naissances

La clinique a donc trois fois moins de lits que le CHV, mais a une activité ambulatoire proportionnellement plus importante que celle de l'hôpital ainsi qu'une forte part activité programmée (près de 90% d'hospitalisation programmée en clinique). Son positionnement sur le territoire est comparable à celui du CHV : les patients de la clinique, comme de l'hôpital, proviennent essentiellement des communes avoisinantes (au CHV, 80% des patients proviennent de Versailles et de 30 communes voisines).

Les deux établissements utilisent les mêmes canaux de recrutement du personnel : les mêmes écoles (notamment l'IFSI de Versailles et les écoles parisiennes) et plus généralement les travailleurs franciliens, dont la mobilité en Ile-de-France est relativement forte. Toutefois, le DRH de la clinique n'évoque pas de concurrence pour recruter entre les deux établissements, mais plutôt une complémentarité : il est ainsi relativement fréquent que des agents de l'hôpital aillent travailler dans la clinique, ou inversement.

Mais surtout, deux caractéristiques majeures différencient les deux établissements :

- concernant le personnel médical, ce sont des praticiens libéraux qui travaillent à la clinique : on ne peut donc parler de recrutement de personnel médical ;
- concernant le PNM, les volumes considérés sont très différents : le nombre d'ETP de la clinique est douze fois plus faible qu'à l'hôpital (160 contre 2000).

Ces deux différences impactent ainsi directement le processus de recrutement de la clinique. La clinique *Parly 2* recrute en moyenne 40 agents par an. On ne peut donc pas parler d'un processus de recrutement extrêmement sollicité, et on est loin des 400 recrutements annuels moyen du CHV. De plus, ce recrutement concerne presque exclusivement du personnel paramédical (IDE, AS, AP, ASH), dans la mesure où les activités de la clinique sont moins diversifiées que celles de l'hôpital : par exemple, toutes les activités techniques et logistiques de la clinique sont externalisées.

Cette première description étant faite, il convient à présent de réaliser une analyse comparative des processus de la clinique et de l'hôpital, afin éventuellement d'en tirer des enseignements pour le CHV.

3.1.1.2. Analyse comparée des processus de recrutement de la clinique et de l'hôpital

Les dix principales étapes du processus de recrutement de la clinique Parly 2 et du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) ont fait l'objet d'une comparaison.

1. Identification de la vacance d'un poste

A la clinique : La vacance d'un poste est identifiée – ou envisagée, dans le cadre de la GPEC – par les cadres de santé de chaque service. Il s'agit d'un management de proximité : étant donné le faible volume des effectifs (160 agents) et des mouvements (40 maximum par an), la plupart des agents se connaissent et les cadres ont une vision précise des besoins du service et des mouvements du personnel. Les vacances de postes sont recensées au niveau de l'établissement par la Direction des soins. Des fiches de postes existent pour chaque poste.

Au CHV : les postes vacants sont recensés – ou anticipés – chaque jour et transmis au moins une fois par semaine à la DRH ou à direction des soins (400 postes vacants par an). Comme à la clinique, un « management de proximité » est effectué par les cadres dans leur service. La vision globale est assurée par la DS et la DRH grâce aux tableaux de postes vacants.

2. Définition des besoins

A la clinique : Les compétences recherchées concernent quelques grands domaines bien identifiés : domaine paramédical uniquement, principalement sur des postes IDE, AS, AP, ASH.

Au CHV : Les compétences recherchées peuvent être très diverses : 100 métiers différents existent au CHV. Une démarche de recensement des compétences est mise en œuvre par la DRH.

3. Publication du poste en interne

A la clinique : Les cadres communiquent de manière informelle au sein de l'établissement sur la vacance de postes. Un affichage permet de faire connaître au personnel les postes vacants.

Au CHV : La publication de poste est effectuée via une note de service de la DRH ou de la DS. Un projet de diffusion sur l'intranet est en cours.

4. Publication externe et prospection

A la clinique : Ce sont essentiellement des candidatures spontanées qui sont traitées. Dans le cas contraire, la publicité du poste se fait pas des moyens classiques (annonces, par exemple). La prospection de candidat est très rare. La clinique traite essentiellement de candidatures spontanées. Ainsi, l'enjeu est en quelque sorte renversé : il s'agit de trouver la bonne place au candidat qui se présente, et non de trouver le bon candidat pour un poste vacant.

Au CHV : sur les postes soignants, la problématique est la même que pour la clinique : il s'agit de traiter des candidatures spontanées quotidiennement. En revanche, concernant les métiers non soignants, des prospections poussées peuvent être menées sur des compétences rares ou des métiers en tension. A titre d'exemple, le recrutement d'un chef de cuisine a nécessité une prospection auprès de Pôle Emploi et à la sortie des écoles de formation.

5. Réception des candidatures, sélection des CV et prise de RDV

Au CHV comme à la clinique, des candidatures spontanées sont reçues quotidiennement, et la problématique est la centralisation de celles-ci et leur traitement, pour ne pas « passer à côté » d'une compétence nécessaire et pour donner une réponse au candidat. La quasi absence de candidatures du personnel non soignant à la clinique permet une centralisation par la Direction des soins, alors qu'au CHV, une procédure de centralisation par la DRH des candidatures du personnel non soignant a été mise en place. Dans les deux structures, le Directeur des soins sélectionne le CV et son secrétariat fixe les RDV des candidats sur des postes soignants.

6. Entretiens de recrutement

A la clinique : Un premier entretien du candidat a lieu avec la Directrice des Soins. L'entretien vise à étudier la formation, l'expérience, la motivation, les aptitudes et le projet professionnel du candidat. La Directrice des Soins est formée au recrutement, toutefois, aucun guide d'entretien ou grille d'aide à la décision du recruteur n'est utilisée lors de cet entretien. Un second entretien a lieu avec l'assistant du DRH pour étudier les aspects liés à la rémunération.

Au CHV : pour un poste soignant, un entretien a lieu avec un cadre supérieur (poste soignant de catégories B et C) auquel s'ajoute éventuellement le Directeur des soins (catégorie A). Pour un poste non soignant, le cadre du secteur concerné s'entretient avec le candidat. Les aspects de rémunération peuvent être discutés lors d'un deuxième

entretien à la DRH, mais ce n'est pas systématique : en général, le candidat est simplement informé de la grille indiciaire correspondant à son corps. En cas de calculs de reprises d'ancienneté, l'information lui est transmise par la DRH après l'entretien.

7. Entretiens psychologiques

La clinique ne pratique aucun entretien psychologique pour ses recrutements. C'est une spécificité du CHV : tous les candidats titulaires doivent s'entretenir avec une psychologue du travail. L'objectif est d'avoir un avis psychologique sur un recrutement qui potentiellement engage l'hôpital pour plusieurs années. De plus, les cadres peuvent solliciter son avis pour le recrutement d'un contractuel.

8. Visite médicale à la médecine du travail

Au CHV : la visite médicale est pratiquée en interne par les médecins du travail de l'hôpital. Les recruteurs critiquent souvent les difficultés à obtenir des créneaux horaires rapidement, notamment en cas de recrutement urgent.

A la clinique : la visite médicale à la médecine du travail a lieu dans un cabinet médical extérieur à la clinique. Des problèmes de disponibilité sont aussi relevés par le DRH.

9. Etude des pièces justificatives par la DRH

Au CHV, cette étude est minutieuse, car le candidat doit satisfaire les sept conditions d'accès à la fonction publique³⁰. La clinique est dégagée de ces règles et l'étude des pièces justificative est moins lourde.

10. Décision de recrutement

Cette décision peut se formaliser par un contrat (pour la clinique, ou pour un contractuel à l'hôpital), ou par une décision administrative pour un fonctionnaire. Le DRH est compétent dans les deux établissements.

De manière générale, la procédure n'est pas informatisée : ni à la clinique, ni au CHV. De plus, la clinique n'a pas mis en place d'indicateur de suivi de la procédure : il est donc difficile de mesurer le délai du processus de recrutement. Toutefois, il n'y a apparemment pas de sentiment de lenteur du processus, contrairement au CHV où recruteurs et recrutés font état d'un sentiment de lenteur et d'incohérences du processus.

³⁰ op cit

3.1.2. Conclusions de l'analyse comparée des processus de recrutement entre clinique et hôpital

3.1.2.1. L'objectivation d'enjeux de recrutement différents

L'analyse comparée permet de constater que les procédures des deux établissements ont la même architecture, mais comportent des différences notables. Ainsi, la clinique semble moins confrontée au problème de la pénurie de compétences rares, et est donc moins amenée à prospecter ; de plus, elle n'est pas soumise au statut de la fonction publique, ce qui lui permet d'alléger certaines étapes de sa procédure. Enfin, elle semble avoir rationalisé certaines phases du processus en fonction de ses nécessités (absence d'entretien psychologique, entretien dédié à la négociation salariale). De manière globale, le processus de recrutement de la clinique ne souffre pas d'incohérences caractérisées, et malgré l'absence d'indicateurs, le DRH affirme que la procédure n'est pas ressentie comme particulièrement lente.

Pour autant, le processus de recrutement de la clinique ne peut être qualifié de plus performant que celui du CHV, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les enjeux des deux structures sont différents. Le DRH de la clinique *Parly 2* indique que le véritable enjeu de la clinique n'est pas le processus de recrutement lui-même (le processus est trop peu sollicité pour être un enjeu en soit) mais plutôt la phase préalable au recrutement (l'attractivité de la clinique) et la phase post-recrutement (la fidélisation du personnel). Rappelons que pour le CHV, si l'attractivité et la fidélisation sont aussi des enjeux importants, un important travail a déjà été mené pour définir des pistes en la matière, et l'enjeu actuel est donc l'optimisation du processus de recrutement.

Concernant l'attractivité, il semblerait que la clinique ne soit pas spécialement plus apte que l'hôpital à attirer le personnel paramédical, car :

- Si les salaires ne sont pas liés par des grilles indiciaires, ils sont toutefois encadrés par des conventions collectives. De plus, les cliniques sont également financées à l'activité (T2A) : bien que la convergence tarifaire n'ait pas encore aboutie, ce système conduit *in fine* la clinique à verser des salaires peu différents de ceux versés par l'hôpital ;
- La clinique est une petite structure, offrant des perspectives de carrière moindre que celle de l'hôpital ;
- Le plateau technique est moins développé que celui de l'hôpital

- Peu de services annexes sont proposés au personnel : pas de crèche ou de logements de fonction par exemple.

3.1.2.2. Certaines solutions proposées en clinique peuvent répondre aux attentes exprimées par les acteurs du CHV

Même si les deux établissements sont confrontés à des problématiques qui leur sont propres, certaines bonnes pratiques constatées dans la clinique peuvent inspirer le CHV.

Tout d'abord, le management de proximité mis en place dans la clinique et permis par le faible nombre de salariés, permet une communication aisée et la diffusion d'informations sur les mouvements et postes vacants en interne. Ce mode de management, déjà appliqué dans une certaine mesure par les cadres de santé du CHV, peut être renforcé. En effet, le cadre de santé d'un service et le cadre supérieur de pôle sont des acteurs clés pour anticiper et recenser les postes vacants et les besoins des agents. Une manière de renforcer ce rôle est de favoriser la circulation d'information entre DS et cadres, notamment par des réunions régulières et la mise en place d'outils partagés régulièrement mis à jour : tableau de suivi des effectifs et de postes vacants par exemple.

Ensuite, l'absence d'entretien psychologique à la clinique ne semble pas avoir engendré de gros problèmes de recrutements. Les critères amenant le CHV à imposer un entretien psychologique aux candidats pourraient donc être redéfinis.

Enfin, les recruteurs de la clinique sont peu nombreux (DRH et DS) et sont correctement formés au recrutement. Au CHV, les recruteurs sont très nombreux (au minimum une quinzaine de cadres supérieurs pour le secteur soignant et potentiellement autant pour le secteur non soignant), et ne sont pas tous formés au recrutement. Étendre cette formation à tous les recruteurs pourrait donc être envisagé.

Au final, l'analyse comparée de la clinique et CHV a permis de porter un éclairage nouveau sur le processus de recrutement. La comparaison public/privée, bien qu'elle mette en évidence des problématiques et des enjeux différents, permet de dégager certaines pistes d'amélioration qui sont à la base des préconisations formulées dans la dernière partie de cette étude.

3.2. Propositions de réformes à déployer en deux phases

3.2.1. La mise en œuvre de réformes à court terme (1^{ère} phase : novembre - décembre 2011)

3.2.1.1. *La mise en place d'une nouvelle procédure de recrutement*

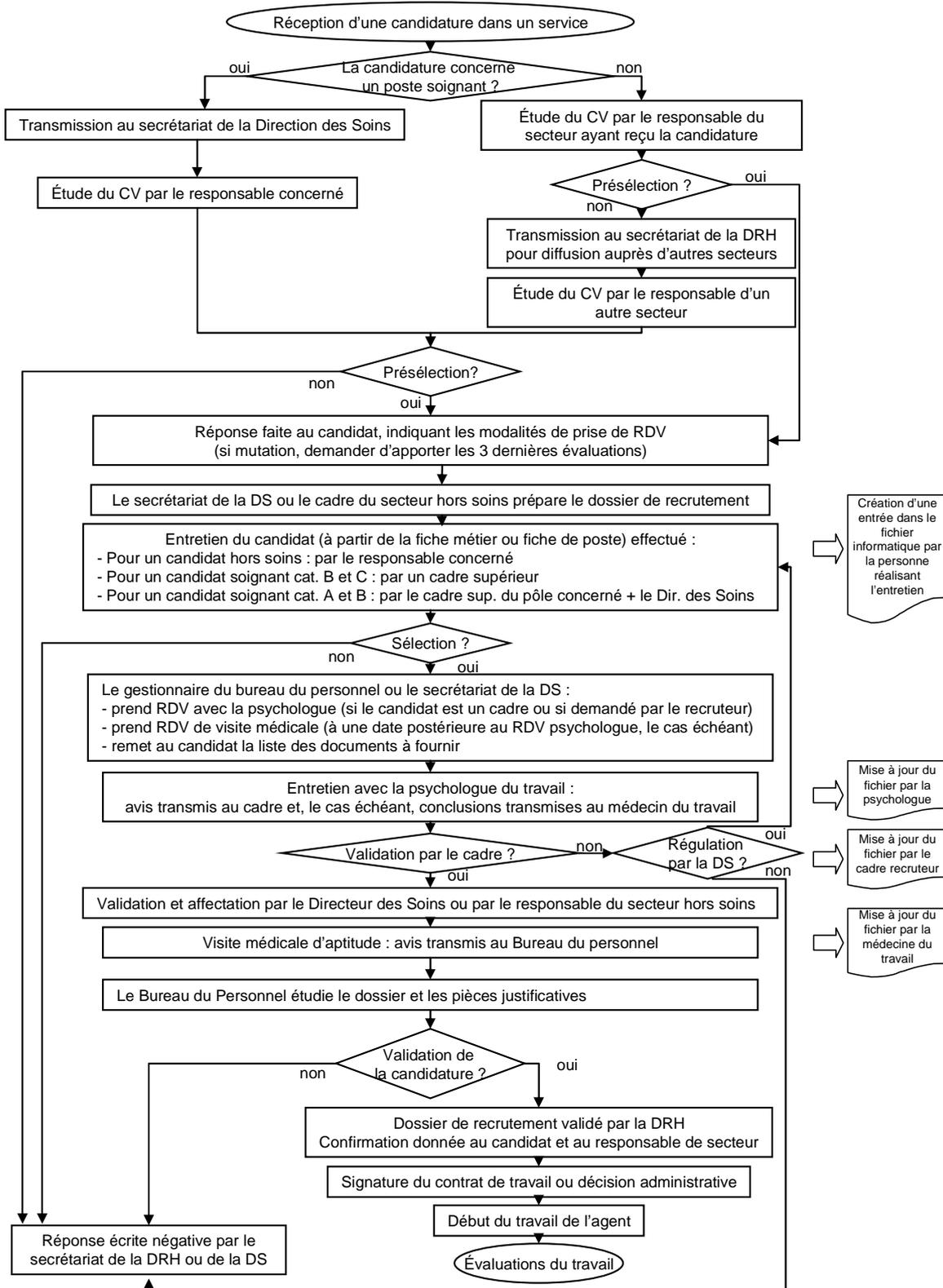
La première préconisation dégagée par le groupe de travail est de **créer une procédure unique de recrutement pour l'ensemble du personnel non médical**. Cette nouvelle procédure se substituerait aux quatre procédures préexistantes (trois de ces procédures concernaient le secteur soignant (IDE, AP-AS, ASH) et une non formalisée concernait le secteur non soignant). L'objectif de cette proposition est de simplifier le processus de recrutement en créant une architecture unique, qui s'appliquerait à tous les métiers. Cette architecture doit donc être complète et souple en incluant les éventuelles spécificités de recrutement propre à chaque métier.

La création d'une procédure unique permet aussi de **formaliser l'ensemble de la procédure par un seul document de référence**. Ce document pourrait être utilisé par tous les acteurs du recrutement (cadres des secteurs soignant et non soignant) et aurait vocation à être exhaustif, alors que les procédures formalisées précédentes excluaient notamment certains métiers paramédicaux.

Enfin, **la refonte de la procédure permet de l'optimiser** en redéfinissant l'enchaînement de certaines étapes, en précisant le recours à certains acteurs, en facilitant l'échange d'informations et en clarifiant le rôle de chacun.

La nouvelle procédure adoptée par le groupe de travail est formalisée par un nouveau logigramme (cf. ci-dessous).

Procédure de recrutement



La nouvelle procédure apporte des modifications par rapport à celles préexistantes.

1) réception d'une candidature dans un service

Il a été choisi de faire démarrer la procédure quand une candidature est réceptionnée par le CHV³¹. On prend ici en compte le fait qu'une candidature peut être adressée par un candidat à n'importe quel service. Pour éviter qu'elle ne soit pas traitée, un **mécanisme de centralisation** a été instauré. Un premier tri est effectué par la personne qui réceptionne la candidature, selon que la candidature concerne un poste soignant ou non soignant. La candidature est ainsi transmise au secrétariat de la Direction des Soins (pour un poste soignant) ou à celui de la DRH (pour un poste non soignant, si la candidature est rejetée par le cadre l'ayant réceptionné) pour être diffusée auprès des cadres susceptibles d'être intéressés par la candidature. La méthode de diffusion vise à être la plus égalitaire possible : il s'agit d'une boîte mail dédiée consultable par tous les cadres recruteurs et, pour les candidatures papiers, d'un classeur consultable par tous à la Direction des Soins et à la DRH. L'objectif est de permettre une diffusion de l'information entre services, y compris entre secteurs soignants et non soignants.

2) Réponse faite au candidat indiquant les modalités de prise de RDV

Une réponse-type indiquant les modalités de prise de RDV est envoyée par les secrétariats. Il est prévu de demander au candidat titulaire d'apporter ses trois dernières évaluations lors du premier entretien afin de **donner plus d'éléments au recruteur**.

3) Entretien du candidat

Afin de **clarifier le rôle des acteurs du recrutement**, le logigramme fait figurer l'acteur qui fait passer l'entretien au candidat, en fonction de la nature du candidat. Ainsi, pour un poste non soignant, c'est le cadre du secteur concerné qui fait passer l'entretien : par exemple le chef du service de restauration qui fait passer l'entretien à un candidat sur un poste de cuisinier. Pour le secteur soignant, les candidats sont tous reçus par le cadre supérieur du pôle concerné par le recrutement ou par un cadre transversal dans le cas contraire. Le Directeur des Soins participe à l'entretien pour les candidats à bac+3 minimum : IDE, manipulateurs en électroradiologie, cadres de santé, etc. Chaque acteur devra avoir reçu une formation au recrutement. L'objectif est donc d'éviter que des candidats soient reçus par des recruteurs peu au fait des besoins des services, et qu'ils soient correctement formés au recrutement pour recruter les compétences nécessaires au CHV.

³¹ La phase préalable, qui consiste à attirer les candidats ne fait pas partie intégrante de la procédure mais a toutefois une grande importance : des préconisations seront formulées dans la dernière partie (3.2.2)

4) Le gestionnaire du BPNM ou le secrétariat de la DS prend les rendez-vous

L'objectif est ici d'éviter que les cadres ne fixent eux-mêmes les rendez-vous du candidat à la médecine du travail ou avec la psychologue du travail. En effet, nous avons vu dans la partie précédente que cela conduisait à de graves incohérences et que cela encombrait inutilement des créneaux horaires du service de médecine du travail. La prise de rendez-vous par le BPNM ou le secrétariat permet une centralisation et la possibilité de vérifier **qu'un seul candidat par poste bénéficie de la visite médicale.**

5) Entretien avec la psychologue du travail

Les modalités de recours à la psychologue du travail et sa place dans la procédure ont été redéfinies. L'entretien psychologique n'est effectué qu'à la demande d'un cadre recruteur, s'il a un « doute » concernant le candidat et qu'il a besoin d'un avis extérieur, et cet entretien est pratiqué systématiquement pour les recrutements de cadres, car on considère qu'il s'agit d'un recrutement plus sensible (le cadre a un rôle de management) et que le candidat doit posséder certaines qualités psychologiques, notamment agir en situation de stress³². Auparavant, la psychologue s'entretenait avec tous les candidats titulaires : ce critère a été abandonné. Il a été jugé chronophage et peu utile : 80% des entretiens se soldaient par un avis favorable, 18% par un avis favorable avec réserve, 2% par un avis négatif, et *in fine* le cadre recruteur peut décider de passer outre cet avis. Dans le déroulé de la procédure, l'entretien avec la psychologue du travail se situe juste après l'entretien avec le cadre : en effet, il complète ce premier entretien et, en cas d'avis négatif de la psychologue, le cadre peut décider de ne pas donner suite à la candidature du candidat. Auparavant, cet entretien psychologique pouvait se dérouler après la visite à la médecine du travail, ce qui n'était pas cohérent car il y a davantage de probabilité que l'entretien psychologique discrédite le candidat (20% d'avis avec réserve) que la médecine du travail ne le déclare inapte (moins de 1% des cas).

6) Visite médicale d'aptitude à la médecine du travail

Cette visite est obligatoire pour tous les candidats. Deux modifications ont toutefois été apportées dans cette nouvelle procédure. Tout d'abord, **des créneaux horaires ont été réservés pour les candidatures urgentes.** Cela permet ainsi d'obtenir des rendez-vous plus rapidement pour un candidat dont la procédure doit être accélérée : si l'activité de tout ou partie d'un service dépend de ce recrutement par exemple. De plus, **les radiographies pulmonaires ne sont plus obligatoirement visées par un médecin spécialiste** : la suppression de cette mesure jugée peu utile permet d'obtenir plus rapidement les résultats médicaux et donc *in fine* de raccourcir les délais de la procédure.

³² une étude menée par la DRH en 2010 a mis en évidence que 80% des cadres du CHV s'estimaient stressés au travail

7) Validation de la candidature

La validation de la candidature par le BPNM se fait sur la base de pièces justificatives. Un effort va être fait par le bureau pour **signer le contrat**, ou prendre la décision administrative d'intégration de l'agent, **avant le premier jour de travail de l'agent**. Cette validation se fait également au regard des postes vacants : le BPNM vérifie que pour tout recrutement, un poste vacant a été ouvert, et que la qualification de l'agent correspond à celle requise pour le poste. En cas de refus de la candidature, une réponse écrite négative sera systématiquement envoyée par le secrétariat (plusieurs modèles seront rédigés), et ce à toutes les étapes de la procédure.

Ainsi, cette procédure semble intégrer plusieurs éléments d'optimisation. En effet, **la procédure est conçue pour répondre au cahier des charges qui avait été fixé**, autrement dit :

- **Améliorer l'aspect quantitatif du recrutement** : la procédure est désormais plus fluide, les étapes ont été repensées pour que le processus soit plus rapide : pas de recours systématique à la psychologue du travail, désencombrement de la médecine du travail, suppression des incohérences etc. On peut ainsi penser que, à moyens humains constants et sur une même période, cette procédure peut admettre davantage de candidats.
- **Améliorer l'aspect qualitatif du recrutement** : le rôle de chaque acteur est clarifié, ce qui devrait permettre une meilleure définition des besoins en matière de recrutement. La centralisation des candidatures et l'échange d'informations entre recruteurs devrait permettre de ne pas écarter involontairement des compétences nécessaires à l'hôpital. La formation au recrutement des acteurs de la procédure et le recentrage des missions de la psychologue du travail doivent notamment permettre de mieux cibler les compétences.

De plus, afin de mettre en place efficacement la nouvelle procédure, de nouveaux outils ont été préconisés.

3.2.1.2. *La mise en place de nouveaux outils*

- 1) La création d'outils informatiques : un fichier informatique partagé et un logiciel de simulation de salaires

Sur la colonne de droite du logigramme apparaissent des cases correspondant à l'utilisation d'un **fichier informatique partagé** : il s'agit d'un nouvel outil préconisé.

Ce fichier a trois objectifs principaux :

- favoriser l'échange d'informations entre recruteurs sur les candidats reçus en entretien et l'état d'avancement du processus de recrutement ;
- créer un vivier de compétences ;
- créer des indicateurs et des statistiques sur le processus de recrutement.

Il s'agit d'un tableau numérique accessible par tous les recruteurs, déposé sur le serveur informatique commun. Sa structure repose sur celle d'un précédent tableau utilisé il y a plusieurs années, tombé en désuétude car trop complexe et peu efficace : il ne concernait que certains métiers soignants, chaque métier et chaque année faisaient l'objet de fichiers distincts ce qui segmentait l'information, les données qu'il comportait étaient incomplètes (absence de la provenance du candidat par exemple), et chaque case pouvait se prêter à des rédactions différentes ce qui empêchait de faire tout tri sélectif et donc limitait l'exploitation des données.

Le nouveau tableau a été conçu de manière à être simple d'utilisation : il s'agit d'un fichier numérique modifiable avec n'importe quel tableau numérique (Excel, OpenOffice, etc.). Il est facile à compléter et peu chronophage puisque chaque recruteur n'a qu'une ligne à remplir par entretien.

La trame du fichier est la suivante :

Fichier partagé de recrutement

Présentation du candidat				Souhaits du candidat			
Métier sur lequel le candidat postule	Nom	Prénom	Etablissement actuel	Disponible le	Affectation souhaitée en 1er choix	Affectation non souhaitée	Organisation du travail souhaitée par l'agent
tous les métiers des pôles			établissement public 78		chirurgie	chirurgie	jour
Autres			établissement privé 78		consultations	consultations	nuit
			établissement public IdF hors 78		maternité	maternité	7h
			établissement privé IdF hors 78		médecine	médecine	12h
			établissement public hors IdF		pédiatrie	pédiatrie	10h
			établissement privé hors IdF		personnes âgées	personnes âgées	jour/nuit
			IFSI Versailles		pool	pool	indifférent
			IFSI IdF hors 78		psychiatrie	psychiatrie	
			Recherche d'emploi		urgences	urgences	
			Autre		indifférent	indifférent	
					autre	autre	

Instruction de la candidature						Décisions			
Date de réception de la candidature	Reçu en entretien par	Date de l'entretien	Date d'arrivée souhaitée par le CHV	Date de l'entretien avec le psychologue (éventuellement)	Date de la visite médicale	Décision	Date de la décision	Affectation	Score (/20)
[date jj/mm/aaaa]		[date jj/mm/aaaa]	[date jj/mm/aaaa]	[date jj/mm/aaaa]	[date jj/mm/aaaa]	candidature rejetée		tous les services du CHV	
2e entretien		ne s'est pas présentée	immédiatement	ne s'est pas présentée	ne s'est pas présentée	candidature retenue			
3e entretien						en attente			
4e entretien									

Le tableau est structuré en quatre grandes parties : présentation du candidat, souhaits du candidat, instruction de la candidature, et décisions. Pour certains items, des menus déroulants sont disponibles – représentés par les cases en pointillés sur cette trame – afin d’uniformiser les données du tableau.

Ce document informatique serait rempli par les cadres faisant passer un entretien de recrutement à un candidat, pour les parties présentation et souhait du candidat, et pour les premiers items de l’instruction de la candidature. Puis la médecine du travail remplirait les dates de visites médicales ; la psychologue ferait de même le cas échéant. Le Bureau du PNM remplirait enfin la partie décision. Les étapes du processus appelant à compléter ou à consulter le fichier sont clairement identifiées dans le logigramme présenté précédemment, dans la colonne de droite. Tous les candidats reçus en entretiens seraient inscrits dans la même base de données.

Le score de la candidature (sur 20) est obtenu en remplissant une grille d’aide à la décision lors de l’entretien effectué par le cadre recruteur³³. Le score permet d’éviter les dérives que peut occasionner la présence d’une colonne « commentaires » : un pareil item figurait dans un précédent tableau tombé en désuétude car les cadres pouvaient y inscrire des commentaires déplacés ou inutiles sur les candidats. La présence d’un score faible indique ainsi aux recruteurs la qualité globale d’une candidature. Pour plus de détails, le recruteur peut consulter le dossier papier, qui explicite les critères et observations ayant conduit à cette note.

Ainsi, cet outil permet d’enregistrer tous les candidats se présentant au CHV, qu’ils soient recrutés ou non. Outre la création d’un vivier de compétences, cet outil facilite le suivi des candidats ayant déjà passé un entretien au CHV par le passé, ainsi que les motifs du rejet éventuel de leur candidature. Le fichier permet également à tous les acteurs du recrutement de suivre la procédure de recrutement en temps réel pour un candidat donné. Enfin, ce tableau rassemble les indicateurs de suivi de la procédure de recrutement : nombre de candidats reçus (sur une période déterminée ou pour un poste déterminé), provenance des candidats, délai entre les principales étapes de la procédure, etc. Ces données pourront servir à l’élaboration de tableaux de bord du processus de recrutement et constituer un outil de pilotage des RH.

Un autre outil informatique a été créé : **un tableau de simulation de salaires**. Il s’agit d’un fichier excel présent sur le serveur commun et accessible aux cadres recruteurs. Il

³³ cette grille sera présentée dans le point suivant

intègre les grilles indiciaires (par grade et échelons) de différents corps de la fonction publique hospitalière. Il permet, pour tout candidat, de repérer le corps, l'indice correspondant, d'appliquer la valeur actualisée du point d'indice et de rajouter les éventuelles primes, afin d'établir une simulation de salaire. Il s'agit uniquement d'une donnée à caractère indicatif que peut donner le recruteur lors de l'entretien de recrutement. Le calcul définitif du salaire, en fonction des éventuelles reprises d'ancienneté (dont les règles de calculs sont multiples et plus complexes) est effectué par les gestionnaires du BPNM en fin de procédure à l'aide d'un logiciel adapté.

2) La création d'une nouvelle version du dossier de candidature papier

L'informatisation de la totalité de la procédure semble difficile à mettre en place immédiatement : il s'agit plutôt d'une solution à mettre en place progressivement à moyen terme³⁴. Ainsi, des documents papiers doivent subsister en plus du tableau informatique partagé : ces différents documents ont vocation à se compléter.

Alors que le tableau informatique synthétise uniquement quelques données clés, le dossier « papier » de recrutement a vocation à recueillir les informations précises et détaillées sur le candidat ainsi que l'appréciation du recruteur et à fournir des informations aux services du BPNM pour procéder au traitement administratif du dossier.

Une ancienne version de ce document est aujourd'hui utilisée au CHV. Une nouvelle version a été rédigée par le groupe de travail et est ici proposée³⁵.

Ce document, imprimé en format A3 plié (donc comme une pochette dans laquelle il est possible d'insérer des documents) comporte quatre pages :

- sur la première page : la partie supérieure de la page concerne les informations relatives au candidat (nom, adresse, métier, position statutaire...), la partie inférieure permet au cadre d'insérer des informations relatives au recrutement (poste vacant ou création de poste, etc.) ;
- la deuxième page permet l'expression du recruteur ;
- la 3^e page est une grille d'aide à la décision ;
- la dernière page, destinée aux gestionnaires du BPNM, permet notamment de vérifier que toutes les pièces justificatives ont été fournies.

³⁴ Des préconisations seront formulées dans la partie 3.2.2

³⁵ En annexe n°4

Ce nouveau document apporte plusieurs changements par rapport à la version précédente. Tout d'abord sa présentation est plus claire et plus intuitive ; ensuite il contient davantage d'items et permet au recruteur d'y insérer, s'il le souhaite, davantage d'informations ; il permet également de guider l'entretien du recruteur, grâce notamment à la grille d'aide à la décision ; enfin il vise à faciliter le travail de vérification des questionnaires du BPNM.

La grille d'aide à la décision en page 3 du document a plusieurs objectifs. Tout d'abord elle constitue un guide d'entretien pour le recruteur. Ainsi, bien que celui-ci doive avoir suivi une formation au recrutement, la grille lui permet d'orienter ses questions et synthétiser ses critères d'évaluation. Ensuite, le fait que chacun des cinq items puisse être noté de 0 à 4 permet de cerner rapidement quelles sont les insuffisances éventuelles de la candidature et d'établir une note sur 20 qui sera insérée dans le tableau informatique partagé. Une colonne commentaire permet au recruteur d'explicitier cette évaluation. Enfin cet outil est commun entre le cadre recruteur et la psychologue du travail, ce qui permet un échange d'informations aisé avec des critères partagés.

Ainsi, la refonte du document papier devrait permettre de préciser les critères d'évaluation des candidats, d'aider les recruteurs à faire des recrutements de qualité, de fluidifier l'échanges d'informations entre recruteurs et donc de rendre le processus de recrutement plus efficace.

Les différentes préconisations qui viennent d'être formulées (nouvelle procédure et nouveaux outils) pourront être mise en place à très court terme, selon le calendrier suivant :

- novembre 2011 : présentation des changements de procédure et des nouveaux outils aux cadres recruteurs
- 1^{er} décembre 2011 : mise en place de la nouvelle procédure
- janvier 2012 : réunion du groupe de travail pour établir un premier bilan de la mise en place de la réforme, un mois après la mise en place
- mars 2012 : évaluation de la procédure à 3 mois, réalisée par le prochain élève-directeur (sous la responsabilité de la DRH). Cette évaluation pourra comporter notamment deux volets :
 - o étude de l'application de la nouvelle procédure : la nouvelle procédure souffre-t-elle de limites intrinsèques ? est-elle correctement appliquée ? (nécessité de s'entretenir avec les acteurs du recrutement) ;

- mise en place d'indicateurs et d'un tableau de bord : analyse des données disponibles dans le tableau informatique partagé. L'analyse de ces indicateurs sera notamment un élément d'évaluation de la procédure ;
- juin 2012 : évaluation à six mois. Puis évaluation annuelle par le groupe de travail.

Au-delà de cette réforme menée à court terme, des préconisations structurantes peuvent être formulées en vue d'une mise en place à moyen terme (années 2012-2013)

3.2.2. La mise en œuvre de réformes structurantes à moyen terme (2^e phase : 2012-2013)

3.2.2.1. La mise en place d'un logiciel de recrutement et le développement du e-recrutement

1) la mise en place d'un logiciel de recrutement

Après la mise en place durant la 1^{ère} phase des outils précédemment décrits, un développement plus important des Systèmes d'Informations RH peut être envisagé. En effet, des logiciels RH sont aujourd'hui utilisés pour certaines fonctions RH : pour la paye, la gestion administrative des dossiers des agents, la formation, la gestion des plannings, la gestion des heures supplémentaires et pour la GPMC. Un Projet de Schéma directeur des logiciels RH va être mis en place courant 2012 afin de mettre en cohérence cette organisation et améliorer l'interopérabilité des différents logiciels utilisés pour ces différentes fonctions. Cette occasion pourrait être saisie pour mettre en place un logiciel de recrutement. Il pourrait par exemple être envisageable de faire appel à un intégrateur pour adapter à la fonction recrutement du CHV un module d'un logiciel déjà utilisé au sein de l'établissement : le logiciel de gestion administrative des dossiers par exemple.

Les objectifs de la mise en place d'un logiciel de recrutement sont les suivants :

- **Créer un vivier de compétences** plus abouti que celui mis en place par le « tableau informatique partagé ». Ce vivier intégrerait plusieurs types d'informations, notamment le CV de la personne, ses compétences, etc.
- **Favoriser le partage d'informations** entre acteurs du recrutement : accessible à tous les recruteurs, il pourrait notamment inclure les appréciations des recruteurs

- **Mettre en cohérence l'offre et la demande** : il semblerait bénéfique de mettre en adéquation l'outil de gestion des candidatures avec un tableau de postes vacants en temps réels du CHV.
- **Automatiser certaines tâches chronophages** afin de se concentrer sur des tâches à plus grande valeur ajoutée : le logiciel pourrait par exemple alléger le travail des secrétariats, notamment en générant des courriers standardisés de réponse aux candidats (négative ou positive, les modalités de prise de RDV, etc.).
- **Générer des tableaux de bord du processus** : le logiciel permettrait d'enregistrer toutes les étapes de la procédure et générerait automatiquement des statistiques sur le processus en fonction d'indicateurs préenregistrés.

A partir de ces pistes, un cahier des charges plus précis pourrait être établi à la fin de l'année 2012 (soit un an après la mise en place des outils prévus pour la première phase de déploiement), afin de sélectionner un prestataire et mettre en place le nouveau système d'information au cours de l'année 2013.

2) Le développement du recrutement via Intranet et Internet

La mise en place d'un nouveau logiciel RH et la refonte du site internet du CHV projetée à partir de l'année 2012 pourraient être des opportunités pour développer l'**e-recrutement** du CHV, c'est-à-dire la possibilité d'utiliser des outils **internet** pour certaines étapes du processus de recrutement. Concrètement, le *e-recrutement* consiste à communiquer sur Internet la vacance de postes et à permettre aux candidats de déposer une candidature électronique. Le CHV a déjà entamé cette démarche et possède sur son site internet un espace recrutement. Toutefois, il convient de développer cette technique en rénovant le site internet afin de rendre l'espace recrutement plus visible et la démarche de *e-recrutement* plus intuitive pour le candidat. Les bénéfices attendus sont les suivants :

- le site internet étant consultable par tous, l'information diffusée par l'hôpital peut toucher un très grand nombre de candidats potentiels, et donc augmenter les chances d'attirer les compétences nécessaires à l'hôpital ;
- Elle permet d'attirer de nouveaux candidats par un canal qui complète les partenariats que peut avoir l'hôpital avec les écoles, les universités et d'autres acteurs du recrutement : Pôle Emploi et agences d'intérim par exemple ;
- c'est une occasion de mettre en avant les opportunités de carrière de l'hôpital sur son site Web.

Le développement de l'*e-recrutement* pourrait se faire en trois temps :

- début 2012 : à l'occasion de la refonte du site internet du CHV, créer une nouvelle page dédiée au recrutement, visuellement plus attractive, et mieux référencée dans les moteurs de recherche ;
- fin 2012 : si un logiciel de recrutement est installé, veiller à l'interfaçage des données issues des candidatures en ligne et des logiciels RH utilisés par le CHV.

Le *e-recrutement* vise à permettre d'attirer un plus grand nombre de candidatures externes au CHV. En parallèle de ce développement, il convient de développer un outil permettant de favoriser les **candidatures internes** à l'établissement : c'est cette fois l'**Intranet** de l'hôpital qui peut être utilisé.

En effet, dans le cadre du renforcement de l'attractivité et de la fidélisation du personnel, les possibilités de carrières au sein de l'établissement qu'offre le CHV sont très importantes. De plus, le recrutement interne peut être privilégié pour certains postes : les candidats internes connaissant déjà l'établissement, ils peuvent présenter un avantage sur les candidats externes : pas de phase d'adaptation, connaissance des enjeux de l'établissement, notamment. Le choix entre un candidat interne et externe est partie intégrante de la définition du profil du candidat souhaité quand un poste est déclaré vacant et doit être considéré par les cadres recruteurs pendant le processus de recrutement.

Pour faciliter les candidatures internes, un projet de publication de postes vacants sur l'intranet a été élaboré. Il consiste à permettre aux gestionnaires du BPNM de diffuser sur l'intranet de l'hôpital la vacance d'un poste, une fois que cette vacance a été validée par le Directeur des soins et par la DRH. Cette diffusion serait formatée et comprendrait la fiche de poste ainsi que la procédure que doit suivre le candidat pour déposer sa candidature.

Le projet de candidature intranet et l'*e-recrutement* se complètent donc. Il serait par exemple possible de diffuser la vacance d'un poste uniquement en interne, ou uniquement en externe, ou encore de diffuser d'abord sur l'intranet avant d'élargir la communication aux candidats externes via l'internet.

Ces nouveaux outils étendraient donc le processus de recrutement à des plateformes numériques et permettraient de renforcer l'attractivité et la fidélisation de l'hôpital et de mieux cibler les compétences nécessaires, renforçant ainsi la qualité du recrutement.

3.2.2.2. *Mener des actions transversales : le renforcement de l'attractivité du CHV et la formation au recrutement*

1) Poursuivre la mise en place du projet RH afin de renforcer l'attractivité du CHV

Une première action transversale concerne la phase préalable au recrutement : l'attractivité. L'attractivité du CHV doit être maintenue voire renforcée afin d'attirer davantage de candidats et si possible cibler les compétences nécessaires à l'hôpital. Rappelons que le projet d'établissement du CHV³⁶ intègre un projet RH³⁷, dont deux axes concernent l'attractivité.

L'Axe n°1, intitulé « **attirer et fidéliser le personnel** » fixe quatre objectifs :

- **Définir, employer, développer et valoriser les compétences** : définir une cartographie des compétences par métier et poste et se référer à la notion de compétences dans tous les processus RH (processus de recrutement, processus d'évaluation, etc.) ;
- Mettre en place une **gestion prévisionnelle des métiers et des compétences** (GPMC) ;
- Améliorer **l'accueil et l'intégration des agents** ;
- Favoriser la **mobilité interne et l'évolution professionnelle** : améliorer la diffusion en interne de l'information sur les postes vacants, favoriser les parcours permettant l'évolution professionnelle, notamment en mettant en place des parcours de professionnalisation, et accompagner les agents en promotion professionnelle.

L'Axe n°2, « **améliorer la qualité de vie au travail** », a aussi des répercussions sur l'attractivité du CHV. Il comprend notamment les objectifs suivants :

- Développer des outils d'évaluation et mettre en place des actions pour **prendre en compte la pénibilité du travail** ;
- Renforcer la **prévention et la prise en charge des risques professionnels** : un plan pluriannuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT) a été mis en place ;
- **Aménager le temps de travail** ;
- Assurer une prise en charge en termes de **santé psychique et physique au travail** ;
- Développer une **politique de bien être au travail** en améliorant :

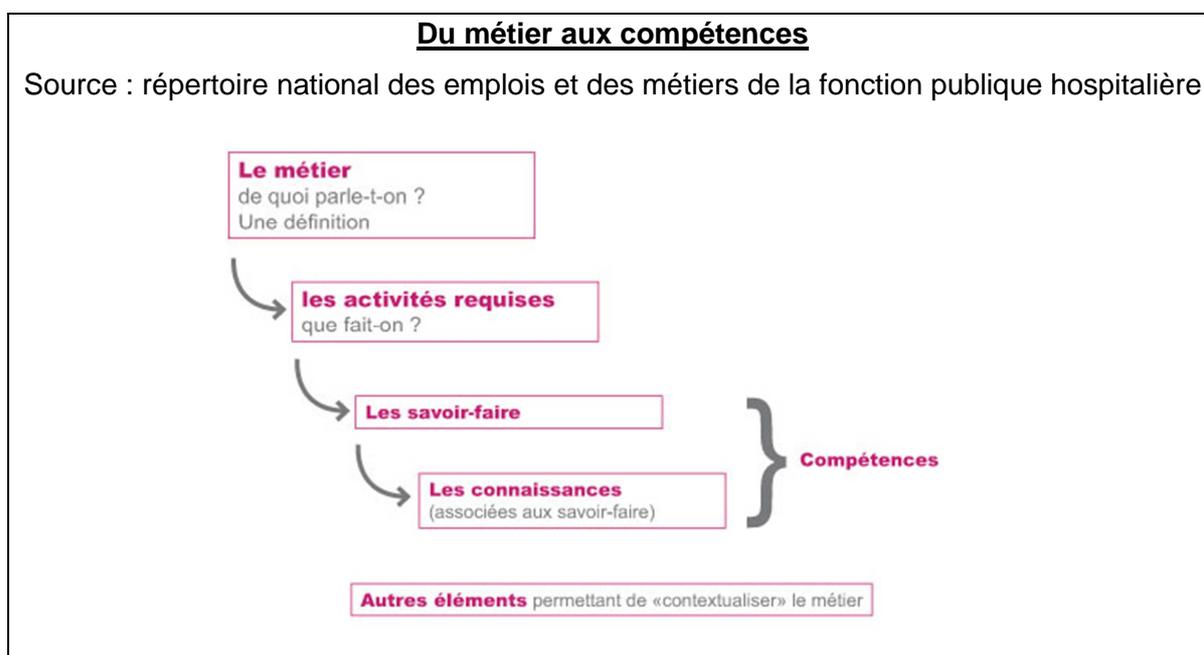
³⁶ En annexe n°1

³⁷ En annexe n°2

- Les conditions matérielles : de nouveaux **vestiaires** vont être créés, de nouvelles places de **parking** vont être aménagées, la **crèche** va être étendue afin de créer 20 nouvelles places, 12 nouveaux **logements de fonction** vont être créés pour favoriser l'installation des nouveaux agents.
 - Les conditions « immatérielles » : mettre en place des actions pour alléger la charge psychique et mentale, contribuer à la prise en charge des situations sociales difficiles.
- Développer une politique d'aide au personnel : logement, mutuelles, CGOS.

Chaque axe se décline en actions, qui seront mises en place progressivement sur la période 2011-2015. Ces actions doivent être poursuivies pour renforcer l'attractivité de l'hôpital.

Une des déclinaisons de l'Axe n°1 est la mise en œuvre du « projet compétences » du CHV. Mené par la DRH, ce projet vise à placer la notion de compétences au centre de la politique RH de l'hôpital, notamment en établissant une cartographie des compétences par métier et postes. La compétence, qui peut se définir comme la connaissance mise en service de l'institution, réunit le savoir, le savoir-être et le savoir-faire d'un agent³⁸. Un des objectifs est d'intégrer cette notion au processus de recrutement. Cela permettrait de renforcer les critères qualitatifs du processus, de sécuriser des « compétences rares », et de faire le lien entre une approche administrative et le cœur de métier des professionnels.



³⁸ MATILLON Y., *Rapport de mission sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Aout 2003

2) Développer les programmes de formation au recrutement

Des programmes de formation à la technique d'entretien au recrutement sont déjà disponibles au CHV, mais peu de recruteurs les ont suivis. L'objectif est de **repenser cette formation afin qu'elle concerne la globalité du recrutement** – et non uniquement l'entretien – et qu'elle soit rendue **obligatoire pour tous les cadres recruteurs** courant 2012.

Cette formation devrait notamment permettre aux cadres acteurs du recrutement :

- de mieux identifier les besoins de l'hôpital, et mettre en cohérence le processus de recrutement avec la stratégie de l'hôpital ;
- de définir le profil idéal du candidat, du poste à pouvoir, définir les missions et des compétences requises ;
- d'intégrer la notion de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences : à la fois dans la définition des besoins, et dans la sélection du candidat en prévoyant l'évolution du poste et l'évolution de carrière de l'agent ;
- de maîtriser la conduite d'un entretien de recrutement dans le cadre du dispositif juridique et réglementaire en vigueur³⁹, discerner les compétences, savoir identifier la motivation d'un candidat et faire le bon choix entre plusieurs candidats ;
- de favoriser *in fine* l'intégration au sein de l'établissement du candidat retenu.

Un point tout particulier de la formation pourra concerner les principes de non discrimination et d'égalité de traitement⁴⁰. Une piste pourrait même consister à **faire de la non-discrimination un label qualité de l'hôpital**. Par exemple plusieurs Centres Hospitaliers français⁴¹ ont signé la Charte de la diversité en entreprise, qui est un texte d'engagement incitant ses signataires à garantir la promotion et le respect de la diversité dans leurs effectifs. Cela constitue pour ces établissements un élément important de communication et d'attractivité et surtout un élément de qualité dans la politique RH. **Signer la Charte de la diversité** pourrait ainsi être un facteur de qualité et un élément d'attractivité du CHV, qui s'intègre d'ailleurs dans l'axe n°5 du projet RH et soins : « développer une gestion des ressources humaines citoyenne et responsable ».

³⁹ Article L1132-1 du Code du travail, relatif au principe de non-discrimination

⁴⁰ Institut Ethique et Diversité, *Guide du recrutement non discriminatoire*, 2009

⁴¹ notamment : le CH de Mulhouse, le CH d'Esquirol, le CH Jean Monnet d'Epinal, le CH de Cannes ou encore le CH de Perpignan (<http://www.charte-diversite.com>)

Conclusion

Au final, cette étude a permis d'aborder le recrutement, sujet classique des ressources humaines, sous l'angle plus novateur de l'optimisation des processus. Elle a démontré la possibilité d'optimiser le processus de recrutement du Centre Hospitalier de Versailles tant en termes qualitatifs que quantitatifs, participant ainsi à la performance globale de l'établissement.

Le recrutement, étape-clé qui doit permettre de sélectionner les meilleures compétences afin de les mettre en adéquation avec les besoins de l'hôpital, est un facteur déterminant de la performance du Centre Hospitalier de Versailles. Le CHV est en effet amené à solliciter particulièrement son processus de recrutement : son optimisation apparaît alors comme un enjeu.

L'analyse menée repose sur une base théorique et opérationnelle. Sur le plan académique, les éclairages économiques ont permis de mettre en évidence le rôle du capital humain comme facteur de productivité, et la possibilité d'analyser l'intégration des ressources humaines à l'hôpital à l'aide de la théorie du management des processus. Sur le plan opérationnel, l'analyse s'ancre dans la réalité du fonctionnement d'un établissement – elle repose sur des données collectées et calculées au sein du CHV – et formule un certain nombre de préconisations, tirées notamment de la comparaison faite avec un établissement privé à but lucratif.

La mise en œuvre des propositions formulées dans cette étude débute immédiatement, concernant la première phase de déploiement. La réussite de cette mise en place dépend à présent de plusieurs facteurs : la communication, tout d'abord, qui vise à expliquer la réforme et les changements opérés ; la pédagogie, ensuite, tout au long de la démarche ; l'accompagnement des équipes, enfin, notamment dans l'utilisation des nouveaux outils.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Arrêté du 4 mai 2010 fixant le modèle de présentation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés des établissements publics de santé
- Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'Etat
- PREMIER MINISTRE, Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels

OUVRAGES

- ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*, éd. Berger-Levrault, 2001, 417 p.
- BOURHIS A., *Recrutement et sélection du personnel*, éd. G. Morin, 2007, 562 p.
- DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, 7e éd. Dalloz, 2009, 931 p.
- DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, vol 1, Presses de l'EHESP, 2010, 1008 p.
- MALO, F.-B., *Le recrutement, la sélection et l'accueil du personnel*, Presses de l'Université Du Québec, 2011, 374 p.
- MOUGIN Y., *La cartographie des processus*, éd d'organisation, 2e éd, 2004, 336 p
- PETIT F., *Bien réussir ses recrutements*, éd Demos, 2000, 143 p.
- PETROSSIAN A., *Le recrutement sous tous ses angles*, éd. Zagros, 2004, 258 p.
- Institut Ethique et Diversité, *Guide du recrutement non discriminatoire*, 2009, 24 p

ARTICLES

- LELIEVRE F., « Accueil et intégration à l'hôpital, l'importance dans la gestion des ressources humaines », *Gestion hospitalières*, p825-826, décembre 2003

- MACSF, « Décisions de justice », in *Responsabilité* n°38, juin 2010
- MELLOR D., « NHS : Recrutement et fidélisation des professionnels de santé », *Revue hospitalière de France*, n°498, 2004, p 65-67
- ROMER P., « Increasing Returns and Long Run Growth », *The Journal of Political Economy*, Vol. 94, N°5, Octobre 1986, p. 1002-1037

RAPPORTS

- AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE (ARHIF), *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*, juin 2008
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions, la documentation française*, La documentation française, 2004
- BUREAU D., MOUGEOT M., *Performance, incitations et gestion publique, Rapport du Conseil d'Analyse économique*, La documentation française, Paris, 2007
- COUR DES COMPTES, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2010
- MATILLON Y., *Rapport de mission sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Aout 2003
- MINISTERE DE L'ECONOMIE, Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services, *Le rôle des compétences comme facteur de la compétitivité des PME*, 2009
- ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION, *ISO 9000:2005 : Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire*, 2009, 30p
- TOUPILLER D., YAHIEL M., *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, 2011

MEMOIRES ET THESES

- BLIEZ V., *La gériatrie recrute : attractivité et fidélisation en gériatrie – quelle stratégie pour le directeur des soins ?*, Mémoire ENSP, 2006
- DESCHAMP O., *Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels à l'hôpital : en enjeu majeur des ressources humaines*, Mémoire ENSP, 2006
- GLORIAN J.-P., *Stratégie du Directeur des soins dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers*, Mémoire ENSP, 2005

- LAVIEILLE-SCHERB B., *Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation*, Mémoire ENSP, 2002
- LE CORRE S., *La qualité de vie au travail : une réponse aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers*, Mémoire EHESP, 2010
- LEDERLANN M., *La recherche de la performance par l'optimisation des processus*, Mémoire EHESP, 2008
- OUAZAN S., *Le recrutement, un enjeu stratégique pour l'hôpital. Contribution du directeur des soins dans la procédure de recrutement externe des infirmières*, Mémoire ENSP, 2002
- RICHARD I., *Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux HCL*, Mémoire ENSP, 2008
- SLIWKA C., *Turn-over des infirmières en Ile-de-France : quelles stratégies des directeurs de soins pour recruter et fidéliser ?*, Mémoire ENSP, 2005
- VUONG S., *Evolution du e-recrutement français*, thèse professionnelle HEC, 2010

RESSOURCES INTERNET

- www.anap.fr
- www.charte-diversite.com
- www.ch-versailles.fr
- www.has-sante.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

SUPPORTS DE COURS EHESP

- CADILHAC X., *Le recrutement dans la FPH : cadre théorique et aspects pratiques*, support de cours EHESP, juin 2010
- ROUXEL R., *Les agents contractuels*, Cours EHESP, juin 2010

DOCUMENTS INTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

- CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES, *Projet d'établissement 2011-2016*
- CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES, *Projet RH et soins*
- CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES, *Bilan social 2010*
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, *Diagnostic du Centre Hospitalier de Versailles*, 2010

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : Diaporama de présentation du projet d'établissement (PII)
- ANNEXE 2 : Diaporama de présentation du projet RH et soins (PIII)
- ANNEXE 3 : Tableau de synthèse de 50 dossiers de recrutement (PV)
- ANNEXE 4 : Nouvelle version du dossier « papier » de candidature (PVII)

ANNEXE 1 : Diaporama de présentation du projet d'établissement 2011-2015



Le Projet d'Établissement 2011-2015 du CHV – en résumé (1)

o Un Objectif :

- Territorialiser le parcours de santé des patients du 78 Sud

o Deux moyens d'action :

- Accélérer la **modernisation** de l'établissement,
- Poursuivre le développement **des coopérations**

o En conservant le souci permanent :

- De la **qualité** de la prise en charge
- D'une implication forte dans la **recherche** au bénéfice du patient
- De **l'attractivité** : recruter et fidéliser le personnel
- Du juste niveau de la **dépense**

Le Projet d'Établissement 2011-2015
du Centre Hospitalier de Versailles

Juin 2011

2

Le Projet d'Établissement 2011-2015 du CHV : la méthodologie (2)

o N'est pas un plan, mais un projet qui devra **s'adapter**

- Orientation du **Plan Stratégique Régional de Santé** en mars 2011,
- Publication du **Projet Régional de Santé** fin 2011

o Repose sur un **constat validé**

- **Rétablissement économique** réalisé en 2008, et confirmé en 2009 et 2010
- Diagnostic établi par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance en décembre 2010

o Comprend :

- Le projet médical
- Quatre projets thématiques

Le Projet Médical 2011-2015 du CHV (3)

- **Le socle commun...**
 - 5 opérations d'investissement structurantes : SAMU/Urgences/réanimation ; Maternité/Périnatal/Scintigraphie ; Bâtiment de psychiatrie ; Rénovation des blocs opératoires ; Plateau technique de cardiologie.
 - 12 axes transversaux : gestion des risques, enseignement recherche, etc... cf. Annexe 1
 - 16 projets d'aménagement de locaux : diabétologie, explorations fonctionnelles de neurologie, etc... cf. Annexe 2
- **... Décliné en 7 projets de pôle** : ABCDO ; CANDEUR ; Gérologique ; New Pôle 6 ; POMS ; PRISM ; Psychiatrie. Cf. détail de la composition des pôles Annexe 3

3

4

Calendrier d'approbation du Projet d'Établissement (4)

- Juillet 2010 : validation du **socle commun** du projet médical, par le Directoire, la CME et le Conseil de Surveillance
- Avril 2011 : présentation au Directoire des **7 projets de pôle**,
- Mars et Mai 2011 : présentation au Directoire des **4 projets thématiques** :
 - Ressources Humaines et Soins,
 - Informatique,
 - Qualité et Gestion des Risques
 - Logistique hôtelière et Achats
- 21 juin 2011 : **avis de la CME sur les projets de pôle et projets thématiques**
- 29 juin 2011 : **avis du CTE sur les projets de pôle et projets thématiques**
- 1er Juillet 2011 : **Délibération du Conseil de Surveillance**

Annexe 1 : 12 axes transversaux

- Politique de gestion des risques ;
- Structuration de l'enseignement et de la recherche ;
- Organisation des consultations et des explorations fonctionnelles ;
- Création d'un hôpital de jour de médecine pluridisciplinaire ;
- Développement de la chirurgie ;
- Structuration de l'éducation thérapeutique ;
- Accréditation et développement de la biologie et de l'anapath ;
- Optimiser le fonctionnement de service d'imagerie ;
- Structuration de l'addictologie intra et extrahospitalière ;
- Accompagnement de l'ouverture du nouveau bâtiment des urgences ;
- Structuration de la cancérologie ;
- Fluidification des filières d'aval.

5

6

Annexe 2 : 16 projets d'aménagement de locaux

- **Pôle CANDEUR** : diabétologie, explorations fonctionnelles de neurologie, regroupement des unités de neurologie
- **Pôle POMS** : anatomopathologie, unité de surveillance continue de pédiatrie
- **Pôle ABCDO** : chir ambulatoire, endoscopie, bureaux et chambres d'anesthésie, urodynamique, mutualisation des lits chirurgicaux, consultation d'anesthésie-programmation
- **Pôle PRISM** : addictologie, unité médico-judiciaire
- **Interpôle POMS-Gérologie** : médecine interne-court séjour gériatrique
- **Interpôle POMS-CANDEUR** : hôpital de jour de médecine
- **Interpôle** : centre de recherche clinique

Annexe 3 : composition des pôles

- **Pôle CANDEUR** : réanimation, cardiologie, neurologie, diabétologie/endocrinologie, court séjour gériatrique, pool brancardage, service mortuaire, don d'organes
- **Pôle POMS** : hématologie-oncologie, pneumologie, hépato-gastro/entérologie, médecine interne et maladies infectieuses, équipe mobile de soins palliatifs, pédiatrie, anatomo-pathologie, prévention du risque infectieux, rééducation fonctionnelle, diététique, unité de lutte contre la douleur
- **Pôle ABCDO** : anesthésiologie, chirurgie digestive, urologie, ORL, ophtalmologie, orthopédie, chirurgie stomato/maxillo-faciale, gynéco-obstétrique
- **Pôle Psychiatrie** : Psychiatrie adulte, pédopsychiatrie
- **Pôle Gérologie** : gériatrie (EHPAD et SSR), court séjour gériatrique
- **New Pôle 6** : SAMU-SMUR, SAU, département de biologie, imagerie, scintigraphie
- **Pôle PRISM** : CSAPA, UMJ, UCSA, CRA, DIM, pharmacie/stérilisation, Addictologie

7

8

ANNEXE 2 : Diaporama de présentation du projet RH et soins 2011-2015



**Le projet ressources humaines et soins :
une structuration innovante**

Un projet structuré en 6 axes

- 5 axes communs
- 1 axe spécifique soins

Au total 26 actions

PROJET RESSOURCES HUMAINES ET SOINS 2011-2015
Directoire du 4 avril 2011

2

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

• Axe 1 : attirer et fidéliser le personnel

- Définir, employer, développer et valoriser les compétences :
 - définir une cartographie des compétences par métier et poste
 - se référer aux compétences requises pour tous les processus RH (recrutement, évaluation, ...)
- Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
 - Mettre en place un outil partagé de GPMC

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

- Améliorer le recrutement et l'accueil des agents :
 - Assurer la mise en place d'un processus de recrutement de qualité
 - Assurer la mise en place d'un processus de qualité pour l'accueil et l'intégration des nouveaux agents
- Favoriser la mobilité et l'évolution professionnelle
 - Améliorer la diffusion en interne de l'information sur les postes vacants
 - Favoriser les parcours permettant l'évolution professionnelle (notamment en mettant en place des parcours de professionnalisation) et accompagner les agents en promotion professionnelle

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

• Axe 2 : améliorer la qualité de vie au travail

- Développer des outils d'évaluation et mettre en place des actions pour prendre en compte la pénibilité du travail :
 - évaluer la charge de travail
 - mettre en place des indicateurs de mesure régulière des conditions de travail et de satisfaction du personnel

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

- Renforcer la prévention et la prise en charge des risques professionnels :
 - Poursuivre le travail réalisé sur le document unique
 - Établir un plan d'action annuel d'actions (prévention des risques et conditions de travail) sur la base de l'analyse des accidents du travail et des risques professionnels
 - Poursuivre un suivi régulier pour des risques ciblés : risque NRBC, risque infectieux, épuisement professionnel, gestion du stress, prévention des situations de violence, prévention des troubles musculo-squelettiques
 - Mettre en place un suivi plus régulier et améliorer la prise en charge pour des risques ciblés : accidents d'exposition au sang, amiante...

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins (3/6)

- Aménager le temps de travail
 - Faciliter la conception et la diffusion des informations données aux agents concernant la gestion de leur temps de travail (plannings collectifs et décomptes individuels)
 - Mener une réflexion sur l'aménagement du temps de travail dans les services de soins
 - Assurer une évaluation régulière de l'impact du travail en 12H: impact sur le personnel et sur la qualité de la prise en charge
- Assurer une prise en charge en termes de santé psychique et physique au travail :
 - Maintenir et améliorer le niveau de la prise en charge actuelle
 - Prévenir les conduites addictives

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

- Développer une politique de bien être au travail en améliorant :
 - Les conditions matérielles : vestiaires, parking et garde d'enfants
 - Les conditions « immatérielles » : mettre en place des actions pour alléger la charge psychique et mentale, contribuer à la prise en charge des situations sociales difficiles
- Développer une politique d'aide au personnel : logement, mutuelles, CGOS ...



Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

•Axe 3 : mettre en place une politique de l'encadrement

- Déterminer et renforcer les compétences des cadres
 - Mettre en place et utiliser pour tous les processus RH un référentiel des compétences « cadres »
 - Renforcer l'accès à la formation des cadres
- Clarifier les rôles et responsabilités des cadres
 - Clarifier les organigrammes
 - Clarifier les circuits de décisions

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

- Améliorer la communication et animer le collectif des cadres
 - Créer et mettre à jour un annuaire des cadres
 - Améliorer la communication des cadres grâce à des réunions spécifiques
 - Organiser les échanges de pratiques entre cadres
- Améliorer les conditions de travail des cadres :
 - Prendre en compte le sentiment de stress chez les cadres
 - Améliorer les conditions matérielles des cadres



Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

•Axe 4 : améliorer les processus ressources humaines

- Rénover le système d'information RH :
 - Améliorer la performance du système de paie : améliorer les fonctionnalités, améliorer la qualité et fiabilité des données...
 - Informatiser des processus RH qui ne l'étaient pas : gestion du temps médical, éléments variables de paie, gestion des métiers et des compétences, logiciel pour IFSI ...
 - Améliorer les tableaux de bord RH dans le cadre des outils de pilotage de l'établissement

Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

- Offrir un accès plus direct aux agents pour les informations les concernant : gestion du temps (planning, décompte individuel de jours), la note, la prochaine promotion, postes vacants ...
- Veiller à assurer l'équité dans l'application des règles de l'institution :
 - Systématiser les audits des processus et règles RH : priorité sur l'application du guide du temps de travail



Les grandes lignes du projet ressources humaines et soins

•Axe 5 : développer une gestion des ressources humaines citoyenne et responsable

- Favoriser la participation des agents :
 - Conserver les conseils de pôle
 - Mettre en place des réunions d'expression collective hors pôle
- Améliorer la communication interne : Intranet, journal interne, diffusion des notes de service
- Mettre en place d'une politique d'insertion pour les personnes handicapées
- Préserver la santé au travail :
 - Favoriser les déplacements préservant l'environnement
 - Favoriser l'utilisation d'aliments biologiques au

Un projet de soins spécifique

• Axe 6 : améliorer la prise en charge des patients et valoriser les équipes paramédicales

- Développer la qualité et la sécurité des soins
 - Mettre en place une organisation qualité au sein de chaque unité de soins
 - Promouvoir les démarches qualité au sein de chaque unité de soins
- Valoriser les axes d'excellence des professionnels de soins
 - Développer une politique de recherche paramédicale sur l'établissement



Un projet de soins spécifique

- Organiser la transmissions des savoirs, améliorer l'intégration et mettre en place des parcours de professionnalisation
- Valoriser le CHV auprès des futurs professionnels
- Améliorer l'intégration des étudiants
- Favoriser l'intégrations des nouveaux arrivants
- Développer les compétences
- Promouvoir la santé, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique
 - Former le personnel à l'éducation thérapeutique
 - Développer les projets d'éducation thérapeutique soignants

Un projet de soins spécifique

- Renforcer les collaborations soignantes afin de faciliter le parcours du patient
 - Améliorer la gestion des lits
 - Améliorer les réponses du PMT face aux besoins des services de soins
 - Anticiper les besoins des services de soins
- Répondre aux besoins des soignants avec des outils de soins adaptés
 - Evaluer la charge de travail soignante en adéquation avec le projet compétences



ANNEXE 3 : Tableau de synthèse de 50 dossiers de recrutement

Ce tableau synthétise les données issues de 50 dossiers « papiers » de recrutement. L'analyse et le calcul de ses données a permis la création du tableau de bord présenté au point 2.1.2.1.

n° dossier	Nom	Prénom	Statut	Grade	Date d'entrée	Nature d u recrutement	Pôle	UF
1			CDD	adjoint administratif de 2ème classe	04/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	STANDARD
2			CDD	adjoint administratif principal de 2ème classe	17/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	PERSONNEL MIS A DISPOSITION
3			CDD	adjoint des cadres hospitaliers classe normale	10/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	DIRECTION
4			CDD	agent d'entretien qualifié	23/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	PROPRETE - ENVIRONNEMENT
5			CDD	agent des services hospitaliers qualifié	10/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	CANDEUR	CARDIOLOGIE 1
6			CDD	agent des services hospitaliers qualifié	01/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	GERIATRIE	EHPAD - 2EME
7			CDD	agent des services hospitaliers qualifié	28/03/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	CRECHE AUBERT
8			titulaire	aide soignant(e) de classe exceptionnelle	01/02/2011	DETACTH COLLECT.LOC. CNR	POMS	SI HEMATO
9			CDD	aide soignant(e) de classe normale	13/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	CANDEUR	NEUROLOGIE
10			titulaire	aide soignant(e) de classe normale	01/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	POMS	MEDECINE INTERNE ET INFECTIEUSE
11			titulaire	aide soignant(e) de classe supérieure	01/02/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE - PERSONNEL DE NUIT
12			CDD	analyste	10/03/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	DIRECTION SYSTEMES D'INFORMATION ET INF
13			CDD	animateur	01/03/2011	EMBAUCHE NORMALE	GERIATRIE	EHPAD - UNITE COMMUNE
14			CDD	assistant de recherche clinique junior	14/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	RECHERCHE CLINIQUE (ARC, ...)
15			CDD	assistant de recherche clinique senior	06/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	RECHERCHE CLINIQUE (ARC, ...)
16			titulaire	assistant socio-éducatif (assistant(e) service social)	03/01/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	PRIMS	CSAPA TOXICOLOGIE VERSAILLES
17			titulaire	attaché principal d'administration hospitalière	01/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	HORS POLE	DIRECTION
18			CAE	CONTRACT. DROIT PRIVE	20/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	GESTION DU PERSONNEL NON MEDICAL
19			CDD	diététicien(ne) classe normale	04/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	DIETETIQUE
20			stagiaire	infirmier(e) anesthésiste classe normale	14/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	POLE 6	SMUR
21			titulaire	infirmier(e) cadre de santé	21/02/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	HORS POLE	DIRECTION DES SOINS PARAMEDICAUX
22			titulaire	infirmier(e) de bloc opératoire classe normale	04/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	ABCDO	BLOC CDU
23			titulaire	infirmier(e) de bloc opératoire classe supérieure	03/01/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	ABCDO	BLOC CDU
24			titulaire	infirmier(e) diplômé(e) d'Etat classe normale	03/01/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	POMS	SI HEMATO
25			titulaire	infirmier(e) diplômé(e) d'Etat classe normale	03/01/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	HORS POLE	BUREAU CENTRAL DES RENDEZ VOUS
26			stagiaire	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	10/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	MEDECINE INTERNE ET INFECTIEUSE
27			CDD	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	01/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	SI HEMATO
28			stagiaire	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	01/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	ABCDO	ORTHOPEDIE 1
29			titulaire	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	01/03/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	PSYCHIATRIE	HOSPITALISATION DE 72H
30			stagiaire	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	11/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	POLE 6	URGENCES
31			titulaire	infirmier(e) psychiatrique classe supérieure	04/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE - PERSONNEL DE NUIT
32			titulaire	manipulateur en électroradiologie classe normale	01/02/2011	MUTATION	POLE 6	MEDECINE NUCLEAIRE
33			CDD	psychologue classe normale	04/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	CAMSP TRAPPES
34			CDD	psychologue classe normale	07/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	GERIATRIE	SSR HDJ
35			titulaire	psychomotricien(ne) classe normale	11/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	GERIATRIE	EHPAD - UNITE COMMUNE
36			stagiaire	puéricultrice classe normale	17/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	PEDIATRIE
37			titulaire	secrétaire médicale classe normale	14/02/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	CANDEUR	CARDIOLOGIE UC
38			CDD	secrétaire médicale classe normale	28/03/2011	EMBAUCHE NORMALE	CANDEUR	DIABETO-ENDOCRINOLOGIE
39			CDD	technicien(ne) de laboratoire classe normale	01/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	POLE 6	BIOCHIMIE
40			titulaire	infirmier(e) diplômé(e) d'Etat classe normale	01/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	POLE 6	URGENCES
41			CDD	adjoint administratif principal de 2ème classe	17/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	PERSONNEL MIS A DISPOSITION
42			contractuel	adjoint des cadres hospitaliers classe normale	10/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	DIRECTION
43			CDD	agent d'entretien qualifié	23/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	HORS POLE	PROPRETE - ENVIRONNEMENT
44			CDD	agent des services hospitaliers qualifié	01/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	GERIATRIE	EHPAD - 2EME
45			titulaire	aide soignant(e) de classe normale	01/04/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	POMS	MEDECINE INTERNE ET INFECTIEUSE
46			CDD	animateur	01/03/2011	EMBAUCHE NORMALE	GERIATRIE	EHPAD - UNITE COMMUNE
47			CDD	diététicien(ne) classe normale	04/04/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	DIETETIQUE
48			titulaire	infirmier(e) cadre de santé	21/02/2011	MUTATION FONCT PUBLIQUE	HORS POLE	DIRECTION DES SOINS PARAMEDICAUX
49			CDD	infirmier(e) en soins généraux (D.E.) 1er grade	01/02/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	SI HEMATO
50			stagiaire	puéricultrice classe normale	17/01/2011	EMBAUCHE NORMALE	POMS	PEDIATRIE

Date de candidature	date de réponse pour convocation	1er entretien	2e entretien	date de recrutement souhaitée	information sur le salaire donnée le	Annonce de l'accord pour recruter	visite à la médecine du travail	Psy	arrivée dossier DRH	date de recrutement	signature du contrat de travail /décision adm
15/02/2011	21/02/2011	11/03/2011		04/04/2011			24/03/2011			04/04/2011	31/03/2011
		05/10/2010		17/01/2011	22/12/2010	23/12/2010	11/01/2011		21/01/2011	17/01/2011	25/01/2011
				10/01/2011		28/12/2010	11/01/2011			10/02/2011	20/01/2011
		13/01/2011		23/02/2011			01/02/2011	01/02/2011		23/02/2011	08/03/2011
13/12/2010	14/12/2010	20/12/2010					22/12/2010			10/01/2011	07/01/2011
05/01/2011		07/01/2011					19/01/2011				02/03/2011
12/02/2011	16/02/2011	01/03/2011					15/03/2011			28/03/2011	25/03/2011
10/11/2010		01/12/2010					17/12/2010				08/02/2011
12/06/2010		29/06/2010		01/09/2010			06/08/2010				27/09/2010
19/10/2010		23/12/2010		01/03/2011			05/01/2011				21/02/2011
		04/10/2010					06/10/2010				01/02/2011
ORMATIQUE		14/02/2011	25/02/2011				01/03/2011		13/03/2011	01/03/2011	09/03/2011
11/01/2011		13/01/2011		01/03/2011			19/01/2011				04/03/2011
		02/12/2010		14/02/2011			11/01/2011			14/02/2011	10/02/2011
29/10/2010	08/12/2010	15/12/2010		06/01/2011			15/12/2010				21/01/2011
		07/10/2010	04/01/2011	03/01/2011		21/12/2010	23/11/2010			03/01/2011	
27/12/2010		17/01/2011		20/01/2011			19/01/2011				20/01/2011
25/02/2011		07/03/2011					22/03/2011			04/04/2011	25/03/2011
22/09/2010		23/12/2010		14/02/2011			14/12/2010				14/02/2011
05/08/2010		13/03/2010		21/02/2011		24/01/2011	21/02/2011			21/02/2011	
		28/07/2010		01/04/2011			15/03/2010				04/04/2011
		07/09/2010	24/09/2010	31/11/10			30/11/2010				03/01/2011
07/09/2010		30/03/2010		03/01/2010			09/11/2010				23/12/2010
20/09/2010		27/09/2010					09/11/2010				28/12/2010
24/11/2010		24/11/2010		10/01/2011			10/12/2010				10/01/2011
12/12/2010		11/01/2010					11/01/2010				27/01/2011
15/11/2010		01/12/2010		01/02/2011			28/01/2011				01/02/2011
30/11/2010		04/01/2011		01/03/2011			19/01/2011				03/03/2011
		03/03/2011		11/04/2011			09/03/2011				mise en stage 11 :
30/12/2010		15/12/2010		01/02/2011			11/01/2010				01/02/2011
19/10/2010		26/10/2010	22/11/2010	01/01/2011		24/12/2010	15/12/2010			04/01/2011	04/01/2011
		18/10/2010	25/01/2011	07/02/2011			28/01/2011				10/02/2011
		27/01/2011		11/04/2011			01/03/2011				06/04/2011
		10/11/2010		17/01/2011		06/01/2011	27/12/2010			17/01/2011	
16/08/2010		08/09/2010					02/11/2010				
28/02/2011		11/03/2011		28/03/2011			18/03/2011			28/03/2011	29/03/2011
		02/03/2011		01/04/2011			18/03/2011				06/04/111
09/109/10		22/09/2010	5/11/11 : CHV contacte hô origine				12/11/2010				01/04/2011
		05/10/2010		17/01/2011	22/12/2010	23/12/2010	11/01/2011		21/01/2011	17/01/2011	25/01/2011
				10/01/2011		28/12/2010	11/01/2011			10/02/2011	20/01/2011
		13/01/2011		23/02/2011			01/02/2011	01/02/2011		23/02/2011	08/03/2011
05/01/2011		07/01/2011					19/01/2011				02/03/2011
19/10/2010		23/12/2010		01/03/2011			05/01/2011				21/02/2011
11/01/2011		13/01/2011		01/03/2011			19/01/2011				04/03/2011
25/02/2011		07/03/2011					22/03/2011			04/04/2011	25/03/2011
05/08/2010		13/03/2010		21/02/2011		24/01/2011	21/02/2011			21/02/2011	
12/12/2010		11/01/2010					11/01/2010				27/01/2011
		10/11/2010		17/01/2011		06/01/2011	27/12/2010			17/01/2011	

ANNEXE 4 : Nouvelle version du dossier « papier » de candidature

Il se présente sous la forme d'un document A3 plié, afin de pouvoir y insérer des documents.

Page 1 :

		DOSSIER DE CANDIDATURE	
METIER :	
GRADE :	
ENTRETIEN AVEC :		Le	
NOM :		PRENOM :	
Nom de jeune fille :		Date de naissance :	
Lieu de naissance :		Nationalité :	
ADRESSE DU DOMICILE :	
TELEPHONE :		ADRESSE MAIL :	
Situation familiale: <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)			
Nombre d'enfants :		Age :	
SITUATION ACTUELLE : <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Autre			
Dernier employeur :			
Durée du préavis :		Rachat de contrat : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant :	
Si titulaire grade et échelon :			
Diplôme en lien avec le recrutement obtenu le :			
CADRE RESERVE AU RECRUTEUR : NOM :			
Avis sur la candidature : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable			
Si favorable : date de recrutement souhaitée :			
AFFECTATION :		% de TEMPS DE TRAVAIL :	
DUREE DU PREMIER CDD :			
MOTIF DU RECRUTEMENT:			
<input type="checkbox"/> poste vacant, nom et date de départ de l'agent remplacé			
<input type="checkbox"/> création de poste : validé le par			
<input type="checkbox"/> remplacement (motif et accord)			
<input type="checkbox"/> autre			
Le		Signature	
RDV à la médecine du travail le		RDV psychologue du travail le	
Aptitude reçue <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Avis reçu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
CADRE RESERVE AU DIRECTEUR		CADRE RESERVE A LA DRH	
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable		<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	
Le Signature		Le Signature	

Page 2 : La page 2, intitulée « bilan de l'entretien de recrutement » est vide pour permettre l'expression du recruteur.

GRILLE D'AIDE A LA DECISION DE RECRUTEMENT

	1 Insuffisant	2 Assez bien	3 Bien	4 Très bien	Commentaires
FORMATION (initiale et en cours d'emploi)					
EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (durée, poste occupé, motif départ, connaissance secteur de la santé)					
INTERET ET MOTIVATION POUR CE POSTE (Origine du choix, connaissance de la fonction, réalisme du projet)					
APTITUDES RELATIONNELLES (maîtrise de soi, adaptation aux situations, contacts sociaux, assertivité)					
PROJET PROFESSIONNEL (à court et long terme)					

PAGE RESERVEE AU GESTIONNAIRE RH :

Dossier transmis à la DRH le

PIECES FOURNIES AU DOSSIER :

- extrait du casier judiciaire carte d'immatriculation à la sécurité sociale
- relevé d'identité bancaire photo d'identité
- livret de famille
- carte nationale d'identité (si carte de séjour date de fin :))
- diplômes
- inscription au Conseil de l'Ordre numéro ADELI (78)
- certificats de travail
- fiche de renseignements 3 dernières évaluations

Accord de principe au recrutement sous réserves des formalités administratives et médicales

Avis favorable le :

Nom.....Signature

SI MUTATION OU DETACHEMENT :

Courrier établissement le.....date d'arrivée proposée le

Réponse le..... Date proposée le.....

Dossier administratif reçu le

MISE EN STAGE AU RECRUTEMENT :

Courrier pour visite chez le médecin expert le :

ORSATELLI	Jean-Michel	2011
Directeur d'hôpital 2010-2012		
L'optimisation du processus de recrutement : un levier de performance hospitalière ?		
<p>Résumé :</p> <p>Cette étude aborde le recrutement, sujet classique des ressources humaines, sous l'angle plus novateur de l'optimisation des processus. Elle démontre la possibilité d'optimiser le processus de recrutement du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) tant en termes qualitatifs que quantitatifs, participant ainsi à la performance globale de l'établissement.</p> <p>La performance se compose de trois volets complémentaires : la qualité des soins et de service ; les conditions de travail des professionnels ; l'efficacité opérationnelle et l'efficience économique. Le recrutement présente un enjeu important pour la performance hospitalière, car il peut influencer chacun de ces trois volets : il doit permettre de sélectionner les meilleures compétences afin de les mettre en adéquation avec les besoins de l'hôpital. Cette question est particulièrement importante au CHV, qui recrute activement en raison d'une augmentation d'activité qui se surajoute au <i>turnover</i> des équipes.</p> <p>Or, un processus de recrutement sous-optimal peut pénaliser cette performance. Le dysfonctionnement d'une ou plusieurs des étapes du processus, la présence d'incohérences ou la mauvaise définition de ses objectifs peuvent avoir de graves conséquences pour l'hôpital : par exemple, des candidats peuvent être rejetés par un service alors que leur profil correspond aux attentes d'un service voisin, l'entretien d'embauche peut ne pas permettre de sélectionner les bonnes compétences, ou encore un processus trop long ne permet pas d'effectuer des recrutements urgents et peut pénaliser l'activité de l'hôpital.</p> <p>Le processus de recrutement du Centre Hospitalier de Versailles fait l'objet d'une analyse détaillée, qui est mise en perspective par la comparaison avec une clinique. Des propositions d'amélioration sont formulées et un déploiement en deux phases est prévu : à court terme, la mise en place d'un nouveau processus et de nouveaux outils, et, à moyen terme, la mise en œuvre de réformes structurantes, visant à redéfinir le système d'information des RH de l'hôpital, à développer la formation au recrutement et à renforcer l'attractivité du Centre Hospitalier de Versailles.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>RECRUTEMENT, PROCESSUS, OPTIMISATION, PERFORMANCE, VERSAILLES</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		