



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

**Accueil et intégration des nouveaux
personnels :**

atouts et limites de la politique mise en place
au centre hospitalier de Saumur

Frédéric CRÉLOT

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mon maître de stage, Madame Laurence AUVINET, pour son accueil, son soutien et ses conseils au cours des différents stages que j'ai pu réaliser à la direction des ressources humaines et des affaires médicales (DRH-AM) du centre hospitalier de Saumur.

D'une manière générale, toute l'équipe de la DRH-AM s'est montrée particulièrement disponible pour répondre à mes sollicitations dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et, cela, malgré leur activité quotidienne : je leur en sais gré.

Bien évidemment, il m'importe également de remercier la direction de l'établissement : le directeur, M. Jean-Christophe PINSON, la directrice adjointe chargée des ressources humaines, Madame Annie-Laure DEPPEZ et M. Gildas LAOT, directeur des soins.

Je tiens enfin à remercier l'ensemble des personnels du centre hospitalier de Saumur, en particulier ceux rencontrés dans le cadre de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	3
1 Approches de la notion d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants	7
1.1 Cadre juridique et approche théorique	7
1.1.1 Le recrutement : principes généraux et enjeux.....	7
1.1.2 L'accueil : définition générale et enjeux	10
1.1.3 L'intégration des nouveaux arrivants : concept et enjeux	11
1.1.4 Le rôle des directeurs d'hôpital, des ressources humaines et des soins	14
1.2 Présentation de la procédure mise en place par l'établissement.....	16
1.2.1 Présentation du processus administratif : formalisation, livret d'accueil, tutorat....	16
1.2.2 Focus sur les actions menées spécifiquement par la direction des soins	19
1.2.3 La journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants et le programme d'intégration	20
2 Analyse de la procédure d'accueil et d'intégration de l'établissement	25
2.1 Evaluation de la politique d'accueil et d'intégration	25
2.1.1 Une prise de conscience institutionnelle de la notion d'accueil et d'intégration	25
2.1.2 La gestion des ressources humaines : une problématique constante de la direction des ressources humaines	29
2.1.3 Une volonté de décloisonnement des services et des personnels	31
2.2 Les freins à l'intégration	33
2.2.1 Une direction fonctionnelle en évolution constante	33
2.2.2 L'intégration ne se décrète pas, elle se construit dans le temps.....	35
2.2.3 De nombreuses actions initiées par différents secteurs, mais sans réelle coordination et pour quels effets ?	37
3 Propositions d'actions	39
3.1 Stabiliser la direction des ressources humaines et des affaires médicales, condition <i>sine qua non</i> pour mener à leur terme les projets en cours.....	39

3.1.1	L'attaché d'administration hospitalière, un acteur majeur pour assurer l'intérim du directeur adjoint chargé des ressources humaines.....	39
3.1.2	Des priorités d'action à mener à leur terme : la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences au service de l'accueil et de l'intégration des nouveaux arrivants	40
3.1.3	Développer, poursuivre le dialogue social... en valorisant le travail des personnels et la formation	43
3.2	Une meilleure coordination des acteurs clés	45
3.2.1	La fonction recruteur pour tendre vers une harmonisation des procédures et des différents dispositifs.....	45
3.2.2	Renforcer le tutorat... voire le transformer en compagnonnage	47
3.3	Evaluer régulièrement la politique d'accueil et d'intégration.....	48
3.3.1	Etendre le rapport d'étonnement aux professionnels	48
3.3.2	Mettre en place différents indicateurs de gestion des ressources humaines	51
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Attaché d'administration hospitalière
ADCH :	Adjoint des cadres hospitaliers
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH :	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS :	Agence Régionale de Santé
CDD :	Contrat à durée déterminée
CDI :	Contrat à durée indéterminée
CH :	Centre Hospitalier
CNG :	Centre National de Gestion
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DAM :	Direction des Affaires Médicales
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DRH-AM :	Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
DS :	Direction des Soins
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
PM :	Personnel Médical
PNM :	Personnel Non Médical
RH :	Ressources Humaines
RPS :	Risques Psycho-Sociaux
UNIOPSS :	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Introduction

Les établissements publics de santé sont en pleine évolution et de plus confrontés à un marché concurrentiel. Cette observation se vérifie effectivement de par la mission première de tout établissement de santé : les activités de soins.

A titre d'illustration, ces établissements ont ainsi été amenés à évoluer en matière de qualité et de sécurité des soins dans le cadre de démarches institutionnelles conduites tant en application de nouveaux dispositifs réglementaires¹ qu'au regard de la procédure de certification des établissements publics de santé.

Mais il est également permis d'affirmer que les établissements de santé sont désormais soumis à une forte concurrence en matière de recrutements de personnels hospitaliers. En effet, de nombreuses études ou analyses prospectives concluent à une raréfaction des professionnels pour les prochaines années : un fonctionnaire hospitalier sur deux sera ainsi parti à la retraite à l'horizon 2015. Cette probable pénurie de professionnels, notamment infirmiers, est d'autant plus problématique que les innovations technologiques sans cesse réalisées requièrent de nouvelles compétences dans un milieu où, pourtant, la polyvalence doit être maintenue. La problématique de cette adéquation entre compétence et polyvalence est également à mettre en rapport avec la nécessité, pour les établissements, de développer de nouvelles activités notamment pour répondre au mieux aux besoins de la population desservie et, bien entendu, en fonction des orientations fixées par les différents projets régionaux de santé.

C'est donc dans ce contexte de concurrence, de recherche de nouvelles compétences et de pénurie que les établissements de santé ont été amenés à formaliser et à développer une véritable politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants. Cette nécessité revêt par ailleurs une obligation réglementaire puisque cette problématique est un des nombreux critères de la démarche de certification².

Le centre hospitalier de Saumur, situé dans le département du Maine-et-Loire, couvre un bassin de population de plus de 100 000 habitants dont le tiers réside dans l'agglomération saumuroise. Le territoire de santé est concerné par le vieillissement de la population avec une évolution démographique négative (de l'ordre de -1%) ; il est également confronté à une précarité importante, supérieure à la moyenne du département

¹ ex : loi n°2009-871 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST

² cf. annexe 1

(bassin économique faible). Au 31 décembre 2011, l'établissement employait 974 personnels non médicaux (dont 633 professionnels des services de soins). Il gère un institut de formation en soins infirmiers ainsi qu'une école de formation d'aides-soignants.

Le centre hospitalier jouit d'une certaine attractivité auprès des professionnels non médicaux. Celle-ci lui permet d'être relativement épargné par ces problématiques de pénurie de professionnels et de recherche de compétences. Au travers de ce mémoire professionnel, il conviendra ainsi d'apprécier les atouts et les limites de la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants mise en place et, le cas échéant, de proposer des leviers d'action dans le but de l'améliorer. Il convient en outre de préciser que seule la politique en faveur des personnels non médicaux sera étudiée bien que la direction des ressources humaines de l'établissement assure également la gestion des affaires médicales. Des contraintes matérielles et de temps, notamment, expliquent cette position malgré l'intérêt d'une telle étude au regard des difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'établissement.

Au-delà de la problématique centrale, il conviendra également de s'interroger sur les notions de cohésion sociale et de sentiment d'appartenance comme facteurs d'intégration et de fidélisation. En effet, si l'arrivée d'un nouvel agent peut être génératrice d'améliorations en termes d'organisation et/ou de fonctionnement (possibles notamment par un regard critique et objectif), une mauvaise intégration peut occasionner des dysfonctionnements d'organisation ou créer des tensions là où il n'y en a pas.

L'enjeu pour l'établissement est donc de permettre une prise de fonction sereine ainsi qu'une intégration réussie afin de fidéliser le nouveau professionnel, ce dernier ne choisissant plus uniquement de s'installer -et de rester- dans une structure en raison de la notoriété de celle-ci, d'un service et/ou de la renommée d'un chef de service.

Cette étude s'appuie ainsi sur différentes hypothèses ou sous-questions :

- ◆ de quelle manière est organisée et évaluée la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants ? Quel est son impact ?
- ◆ quel est le niveau de coordination entre les différents intervenants ?
- ◆ existe-t-il un lien entre accueil/intégration des nouveaux personnels, plan de formation et démarche qualité ?
- ◆ existe-t-il une démarche institutionnelle d'identification du besoin ?
- ◆ existe-t-il une démarche GPMC/GPEC dans l'établissement et, si oui, dans quelles mesures peut-elle interagir avec la question centrale ?

- ◆ comment est organisé le dialogue social dans la structure ? Est-il facteur de cohésion sociale et d'intégration ?
- ◆ les axes de développement de la direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement pour 2012 contiennent-ils un volet spécifique relatif à la politique d'accueil et d'intégration ?

La place et le rôle d'un attaché d'administration hospitalière (AAH) seront bien évidemment analysés et appréciés tout au long de la réflexion. En effet, s'il revient au chef d'établissement de veiller à la cohérence institutionnelle, à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes de l'établissement ainsi qu'à la qualité du dialogue social, l'AAH participe à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prises, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

En lien avec le directeur adjoint chargé des ressources humaines, il lui revient notamment d'assurer le relais entre les orientations stratégiques définies par le chef d'établissement et la nécessité de maîtriser la masse salariale tout en poursuivant les recrutements en fonction des besoins exprimés. A ce titre, l'AAH pourra notamment contribuer, par ses missions et ses compétences, à la définition des besoins (définition des profils de postes et de métiers en lien avec le référentiel des métiers et des compétences), à la mise en œuvre d'une démarche GPMC ou encore à la création et diffusion de tableaux de bord de suivi des effectifs (ces derniers pouvant permettre d'identifier les mouvements de personnel, d'identifier les éventuelles difficultés de fidélisation des agents pour certains services dans le but de définir une politique d'intégration spécifique).

D'un point de vue méthodologique, l'étude s'appuie sur une analyse conduite de manière rigoureuse et objective. L'investigation comporte différentes phases :

- ◆ une observation (participation à une journée d'accueil et suivi du parcours des nouveaux arrivants...),
- ◆ des entretiens conduits avec différents acteurs de l'établissement³,
- ◆ une étude documentaire des procédures mises en place par l'établissement,
- ◆ une recherche bibliographique (réglementation, revues et ouvrages, mémoires...).

Ce mémoire professionnel s'articule en trois parties. Une approche théorique puis une présentation générale de la procédure et des moyens mis en place par l'établissement précédera une seconde partie réservée à l'analyse des différentes actions décrites

³ cf. annexe 2 : grilles d'entretien

précédemment. Enfin, la dernière partie de ce mémoire sera consacrée aux propositions d'actions.

1 Approches de la notion d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants

Afin de mieux comprendre la nécessité et l'obligation de définir une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, il importe de bien en apprécier les enjeux et, cela, au travers aussi bien des cadres juridique et théorique des notions de recrutement, d'accueil et d'intégration (organisationnelle et fonctionnelle) que du rôle du directeur de l'établissement, du directeur des ressources humaines et du directeur des soins (1.1).

C'est à l'issue de cette première approche, essentiellement théorique, que la procédure/politique mise en place par l'établissement sera décrite. Il s'agira d'identifier les ressources administratives et logistiques, les actions et expériences particulièrement conduites par la direction des soins et, enfin, de décrire la journée d'accueil et le parcours d'intégration mis en place (1.2).

1.1 Cadre juridique et approche théorique

1.1.1 Le recrutement : principes généraux et enjeux

D'une manière générale, le recrutement est l'ensemble des actions mises en œuvre conduisant à trouver une ressource humaine correspondant aux besoins d'une entité dans un poste donné.

Dans la fonction publique hospitalière, les principes généraux du recrutement des agents titulaires sont précisés par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986⁴. Ainsi, dans ses articles 4 et 6, la loi dispose que « *les corps et emplois sont recrutés et gérés dans le cadre de chaque établissement* » (cf. gestion locale) et que « *les décisions relatives au recrutement et à la carrière des fonctionnaires sont prises par les autorités investies du pouvoir de nomination* » (le directeur de l'établissement ou le directeur des ressources humaines, le plus couramment, dans le cadre d'une délégation de signature). Il existe toutefois des exceptions à ce principe général notamment pour les corps des personnels de direction qui sont gérés par le centre national de gestion (CNG)⁵.

⁴ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵ Directeur d'hôpital, Directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, Directeur des soins.

En outre, le recrutement des agents fonctionnaires n'est possible que sur un emploi à temps plein vacant selon le principe du concours (cf. les modalités sont précisées par l'article 29 de la loi du 9 janvier 1986), de la promotion interne ou d'avancement⁶, « *dans les conditions fixées par les statuts particuliers* ».

Il est également possible de recruter des agents non titulaires, autrement dit des agents contractuels recrutés sur contrat à durée déterminée (CDD) ou contrat à durée indéterminée (CDI)⁷. Il importe en outre de préciser que le « statut » des agents contractuels a récemment été renforcé par la loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

Les possibilités de faire recours à ces agents contractuels sont précisées par les articles 9 et 9-1 de la loi du 9 janvier 1986 :

- ◆ assurer le remplacement momentané de fonctionnaires ou d'agents contractuels autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ou indisponibles en raison d'un congé annuel, d'un congé de maladie, de grave ou de longue maladie (...),
- ◆ faire face temporairement et pour une durée maximale d'un an à la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu dans les conditions statutaires,
- ◆ faire face à un accroissement temporaire d'activité lorsque celui-ci ne peut être assuré par des fonctionnaires et,
- ◆ occuper des emplois à temps non complets d'une durée inférieure au mi-temps.

Les contrats ainsi proposés peuvent être soit de droit public (CDD ou CDI), soit de droit privé à destination notamment de personnes en difficultés : il s'agit de contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), de contrat aidé de réinsertion (CUI) ou de formation (apprentissage). Il existe enfin la possibilité d'avoir recours à des intérimaires⁸.

Les conséquences de tels recrutements sont multiples : le régime des agents contractuels est en principe moins favorable que celui des fonctionnaires et le recours à ce type d'agents est normalement encadré. On observe néanmoins sur ce dernier point une

⁶ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

⁷ Article 9 de la loi du 9 janvier 1986

⁸ Article 9-3 de la loi du 9 janvier 1986 créé par l'article 21 de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

certaine banalisation du recours aux agents contractuels, notamment motivée par la nécessité de maîtriser la masse salariale.

Cette tendance est confirmée pour l'établissement comme en témoignent les chiffres extraits des bilans sociaux des années 2010 et 2011 :

PERSONNEL NON MEDICAL	au 31/12/2010		au 31 /12/2011		
	Effectif	ETP	Effectif	ETP	
Contractuels sur poste permanent	63	56,69	72	61,09	+14,29%
Contractuels remplaçants	30	28,75	58	52,61	+26,67%
Agents en contrat d'accomp ^t dans l'emploi (CAE, CA)	22	14,80	27	17,36	+22,73%

Ces chiffres appellent ainsi plusieurs remarques. On observe en effet une augmentation du recours aux agents contractuels probablement conditionnée par des difficultés d'attractivité, de fidélisation ou de mobilité des agents fonctionnaires dans certains secteurs d'activité. Cette progression contraint aussi la structure à définir/mettre en place des procédures d'accueil et d'intégration spécifiques en faveur de ces agents.

Le recrutement d'un agent (titulaire ou contractuel) repose ainsi sur trois phases essentielles :

- ◆ l'identification/la constatation et la spécification (les compétences recherchées),
- ◆ la recherche et la sélection des candidats,
- ◆ l'accueil puis l'intégration dans l'établissement et le poste de travail.

Les enjeux de la phase du recrutement sont donc multiples. Ils peuvent en effet s'apprécier au niveau économique (maîtrise de la masse salariale), au niveau de la gestion des effectifs (notion d'optimisation des moyens) ou encore aux niveaux social et sociologique. Il est intéressant de préciser à ce titre qu'il y a eu une évolution de la conception du recrutement en passant d'une logique de qualification à une logique de compétences⁹.

Le rôle de l'AAH durant cette phase de recrutement peut être essentiel. En effet, si le recrutement d'un agent devra répondre aux exigences réglementaires (cf. supra), il importera de bien cerner les besoins de l'établissement/du service de manière quantitative et qualitative (compétences recherchées).

⁹ UNIOPSS – GRAHF – Uniopss Haute-Normandie – *Le recrutement et l'intégration*, décembre 2009, page 4

D'un point de vue théorique, la définition de fiches métiers s'appuyant sur le référentiel des métiers et des compétences pourrait lui être confiée et, cela, dans le cadre d'une nécessaire transversalité, communication, coordination avec le directeur, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins. Au centre hospitalier, l'AAH est pleinement associé à cette phase.

1.1.2 L'accueil : définition générale et enjeux

L'accueil et l'intégration sont deux processus distincts. En effet, l'accueil est l'action et la manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un ou quelque chose (cf. définition du Larousse).

L'accueil dans une entreprise ou, dans le cas d'espèce, dans un établissement de santé constitue ainsi les différentes activités à réaliser à l'arrivée (la prise de fonctions) dans le cadre d'un enchaînement logique et chronologique. Il est en outre le moment où le nouvel arrivant reçoit toutes les informations utiles et nécessaires à sa prise de fonctions. Il s'agit donc d'un acte relationnel déterminant puisqu'il peut conditionner la future intégration du nouvel arrivant.

En effet, selon D. MARTIN, l'accueil est la première étape du processus d'intégration de tout nouvel arrivant : « *L'institution doit également réfléchir à l'accueil de ses personnels, à leur intégration (...). C'est pourquoi, il convient de rappeler que l'accueil constitue une des valeurs fondamentales de la gestion des ressources humaines* ». ¹⁰ L'accueil doit donc faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'institution envers le nouvel arrivant afin que ce dernier puisse être rassuré dans un moment où il doit faire face à « l'inconnu ».

Ces différents éléments permettent donc de définir l'accueil en deux phases. La phase organisationnelle et/ou matérielle constitue le moment où le nouvel arrivant est accompagné dès son arrivée dans ses différentes démarches administratives et logistiques.

Il s'agira ensuite d'instaurer un climat de confiance entre l'institution (direction et service d'accueil) et le nouvel arrivant durant une phase essentiellement psychologique. Cette seconde étape démontrera également la manière dont l'institution pourra répondre et s'adapter aux besoins et demandes du nouvel agent.

¹⁰ MARTIN D., *Accueil, insertion pour quoi faire ? Gestions hospitalières*, n°346, mai 1995.

L'accueil est ainsi en quelques sortes le reflet d'une certaine expertise, des savoir-faire et de l'écoute des accueillants. Il permet d'établir une relation de confiance avec le nouvel arrivant et favorise, pour ce dernier, une prise de fonctions plus sereine.

Cette période d'accueil est donc nécessairement l'affaire de tous. S'il convient en effet de formaliser ce processus, par un logigramme par exemple, il importe tout autant que les différents acteurs (corps de direction, cadres, futurs collègues,...) dégagent du temps et soient à l'écoute du nouvel arrivant.

Pour conclure sur ce point, il est possible d'affirmer que l'accueil constitue bien la première phase d'une intégration : il conditionne en partie le processus d'intégration.

1.1.3 L'intégration des nouveaux arrivants : concept et enjeux

Toujours selon la définition du Larousse, l'intégration est le fait pour quelqu'un ou un groupe, de s'intégrer (ou s'insérer) à, dans quelque chose. Il s'agit ainsi de faire en sorte que quelqu'un, un groupe, ne soit plus étranger à une collectivité, qu'il s'assimile.

Dans le milieu de l'entreprise ou de l'hôpital, l'intégration pourrait être résumée ainsi : action par laquelle l'agent nouvellement recruté est en période « d'apprentissage » et de familiarisation avec l'ensemble des tâches à assurer et des procédures à utiliser. Il est à ce titre intéressant de préciser que le manuel de certification des établissements publics de santé contient un critère spécifique sur ce thème : « *l'intégration de tout nouvel arrivant doit être organisée. Ce dernier reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction* ». ¹¹

Ainsi, dans un établissement de santé, l'intégration peut prendre différents aspects. Il y a bien évidemment une dimension informative au cours de laquelle l'agent reçoit toutes les informations relatives à l'établissement, son secteur d'activité, ses fonctions (transmission de la fiche de poste/métier par exemple). Cette première phase est généralement brève et se situe au début du processus d'intégration.

Il existe également une dimension culturelle : l'agent nouvellement recruté s'approprie les valeurs de l'institution et du service dans lequel il est affecté. Cette seconde phase peut s'avérer plus ou moins longue.

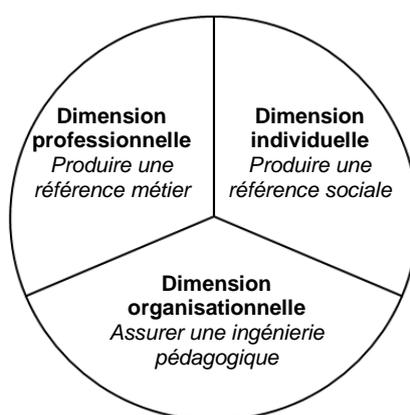
¹¹ HAS – *Manuel de certification*, avril 2011, page 24

Il y a enfin une dimension professionnelle et/ou organisationnelle, période durant laquelle le nouvel arrivant devra s'approprier les modes de fonctionnement (cf. procédures et protocoles) du service : il s'agira donc d'une phase d'apprentissage et de développement des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions.

Afin de faciliter cette intégration organisationnelle, il existe de multiples outils dont le tutorat. D'une manière générale, il est possible de parler de tutorat « *chaque fois que l'on constate auprès des agents dont ce n'est pas précisément pas la fonction principale, et pour une durée qui reste généralement limitée, la présence d'activités qui contribuent directement à la survenance chez d'autres agents de transformations identitaires correspondant au champ même de cette fonction principale* »¹².

Dans son rapport¹³, A. HULIN précise que le tutorat se décline en trois dimensions :

- ◆ une dimension professionnelle : le nouveau salarié acquiert des compétences, des savoirs et des savoir-faire au contact de son tuteur et, cela, de manière progressive,
- ◆ une dimension pédagogique : le nouveau salarié bénéficie des compétences du tuteur en étant confronté au travail. Cette dimension repose donc sur la communication et l'apprentissage,
- ◆ une dimension organisationnelle : le tutorat est considéré comme un ensemble des moyens humains et organisationnels mis en œuvre pour intégrer et former, sur le lieu de travail, un ou plusieurs nouveaux salariés.



L'intégration d'un nouvel arrivant doit donc être un processus dynamique faisant appel à plusieurs acteurs à différents moments. Ce processus doit par ailleurs s'inscrire dans la durée, celle-ci pouvant être variable en fonction du service dans lequel est affecté l'agent, et permettre au nouvel arrivant d'exprimer ses idées. Ce dernier élément est en effet

¹² BARBIER J.M., *Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse* – Recherche et Formation, Institut National de Recherche Pédagogique, n°22, 2006, p.8

¹³ HULIN A., *Le tutorat : un outil d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés en entreprise*, CERMAT, IAE de Tours

facteur d'intégration car il favorise le développement de soi. Mais il peut également provoquer des tensions si son regard critique est mal perçu par les équipes en place.

Il convient en outre de préciser que le concept d'intégration ne se limite pas aux personnels qui arrivent dans la structure : les mouvements internes à l'établissement doivent également faire l'objet d'une attention particulière en termes d'intégration, notamment dans le cadre des reclassements.

Dans la fonction publique hospitalière, le reclassement d'un agent peut être décidé si son état de santé est altéré. Il bénéficie dès lors d'un aménagement de son poste de travail conforme à son état physique. Lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, il peut bénéficier d'un reclassement professionnel pour inaptitude physique.

Le reclassement s'effectue sur un autre emploi du même grade, sur un emploi relevant d'un autre grade du même corps ou cadre d'emplois ou sur un emploi relevant d'un autre corps ou cadre d'emplois. Les dispositions et modalités relatives au reclassement des fonctionnaires hospitaliers sont précisées par le décret n°89-376 du 8 juin 2009 pris en application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raison de santé.

Dans les faits, que cela soit par changement volontaire de service ou par reclassement, l'intégration de ces personnels n'est pas véritablement effectuée. Ils reçoivent au mieux une brève formation pour l'exercice de leurs missions (période d'apprentissage). Il est également possible de dire que les agents réaffectés par reclassement font l'objet d'un accueil moins bienveillant que les réels nouveaux arrivants.

Dans tous les cas, il importe qu'une procédure d'intégration soit formalisée notamment en organisant des temps d'échanges et de rencontres avec le nouvel arrivant, le supérieur hiérarchique et les différents professionnels de l'équipe.

Dans certaines entreprises, de tels temps d'échanges existent également avec un responsable de la direction des ressources humaines. Dans les centres hospitaliers, ces temps (d'échanges ou de retours d'expérience), lorsqu'ils sont mis en place, sont parfois assurés par l'AAH, ce dernier devant se montrer dès lors particulièrement attentif et vigilant à tout risque de mauvaise intégration.

1.1.4 Le rôle des directeurs d'hôpital, des ressources humaines et des soins

Le directeur conduit la politique générale de l'établissement en cohérence avec la politique de santé du territoire. En matière de ressources humaines, il est celui qui dispose du pouvoir de nomination. Il a ainsi autorité sur l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé.

Il veille également à la cohérence institutionnelle, à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes de l'établissement et à la qualité du dialogue social.

Il manage enfin des équipes pluridisciplinaires ou professionnelles en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle et des compétences.

Le directeur des ressources humaines assure un rôle important, notamment stratégique. En effet, il conseille et accompagne le directeur dans ses orientations en tenant compte de la dimension humaine et sociale. Il est ainsi possible d'identifier différentes tâches pour cette fonction :

- ◆ l'administration des situations individuelles des agents (positions statutaires, carrière, gestion de la rémunération, application des dispositions législatives et réglementaires...),
- ◆ la gestion des ressources humaines : recrutements, élaboration des plans de formation, mutations et promotions, évaluation des personnels...,
- ◆ l'amélioration des conditions de travail en lien avec les partenaires sociaux (hygiène, sécurité au travail, médecine du travail, ergonomie, prévention des risques psycho-sociaux...).

Il intervient, conjointement avec le directeur des soins lorsqu'il s'agit de personnels soignants ou médico-techniques, dans la phase de recrutement. A cette fin, il a dorénavant généralement recours à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), c'est-à-dire mettre en adéquation la stratégie, les contraintes liées à l'environnement et les besoins en ressources humaines (qualifiées ou non).

Il importe de préciser sur ce point que l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a publié un rapport en avril 2011. Il est ainsi possible de lire dans ce dernier que « *la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est une démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle permettant d'anticiper et gérer les besoins en ressources humaines (RH) pour assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients* »¹⁴.

Toujours selon le rapport de l'ANAP, les objectifs d'une démarche GPEC sont multiples :

- ◆ anticiper les évolutions d'activités des établissements et leurs effets sur les emplois et les compétences,
- ◆ être capable de s'adapter en s'inscrivant dans le projet d'établissement en tenant compte de son organisation, de ses effectifs et de sa culture,
- ◆ faire évoluer les personnels par le développement de leurs compétences,
- ◆ être réactif face aux évolutions techniques, organisationnelles, législatives, réglementaires, environnementales et sociales,
- ◆ maintenir et/ou développer l'attractivité des établissements dans un marché de plus en plus concurrentiel.

Les leviers prioritaires de l'ANAP portent donc « *spécifiquement et exclusivement sur la valorisation des ressources humaines : améliorer la gestion des ressources humaines, développer les compétences des acteurs du système de santé, améliorer les conditions de travail et favoriser l'engagement des professionnels* »¹⁵.

Les attributions du **directeur des soins** sont précisées par l'article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière dont :

- ◆ coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- ◆ élaborer le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- ◆ participer au recrutement et à la gestion des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il organise à ce titre l'affectation de ces personnels en s'assurant d'une répartition équilibrée des ressources tout en tenant compte des compétences et des qualifications,
- ◆ participer à l'élaboration du plan de développement professionnel continu...

¹⁴ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées*, avril 2011, p. 9

¹⁵ ANAP, *Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées*, avril 2011, p. 6

Au regard de ce qui précède, la coordination et la collaboration entre ces différents acteurs est donc fondamentale. Il s'agit en effet de créer un espace d'interactions où chacun peut intervenir, en fonction de ses prérogatives, en matière de recrutement, d'accueil et d'intégration. Bien évidemment, cette collaboration s'étend à l'ensemble des professionnels intervenant dans ces différents cycles : l'attaché d'administration hospitalière, les cadres supérieurs et cadres de santé, les supérieurs hiérarchiques, les tuteurs, les nouveaux arrivants...

Au sein des établissements de santé, l'AAH affecté au sein d'une direction des ressources humaines est généralement le collaborateur privilégié du directeur adjoint chargé de cette direction. Outre un rôle d'interface avec la direction générale, les directions fonctionnelles, notamment la direction des soins et les cadres des services de soins, il lui est souvent confié, sous l'autorité de son supérieur hiérarchique, le développement de nouveaux outils de gestion des ressources humaines tels que la GPMC.

1.2 Présentation de la procédure mise en place par l'établissement

L'établissement a mis en place une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants depuis de nombreuses années. Celle-ci revêt différentes formes : journée d'accueil et d'intégration, parcours d'intégration, tutorat, livret d'accueil, actions diverses.

1.2.1 Présentation du processus administratif : formalisation, livret d'accueil, tutorat

Cette politique, initiée conjointement par la direction de l'établissement au travers de la direction des ressources humaines et des affaires médicales et la direction des soins peut être considérée comme la résultante d'un diagnostic de l'existant et des différentes actions conduites par l'établissement dans le cadre de la procédure d'auto-évaluation.

En effet, en prévision de la visite de certification¹⁶, la direction des ressources humaines et des affaires médicales a organisé plusieurs réunions spécifiquement dédiées au critère relatif à l'intégration des nouveaux arrivants auxquelles participaient des représentants de

¹⁶ La visite de certification a eu lieu durant la première semaine d'octobre 2012

la direction des ressources humaines et des affaires médicales ainsi que des représentants de la directions des soins (cf. cadres supérieurs et cadres de santé).

La réunion du 24/03/2011 a ainsi permis de faire un constat de l'existant afin de dégager un plan d'actions à conduire avant la visite¹⁷ (soit une première auto-évaluation). La seconde réunion tenue sur ce thème a eu lieu en janvier 2012 et a permis de finaliser les actions à poursuivre et/ou à conduire :

- ◆ formalisation d'un processus d'accueil afin que tout nouvel arrivant ait toutes les informations nécessaires à sa bonne intégration au sein de l'établissement : livret d'accueil, carte de restauration, visite médicale, fiche métier, planning, blanchisserie,...
- ◆ maintien des temps de rencontres avec les cadres de santé pour tout nouvel arrivant dans les services de soins,
- ◆ maintien/développement du tutorat dans les services.

Bien que l'auto-évaluation de ce critère relève plus spécifiquement de la direction des ressources humaines et des affaires médicales, elle a nécessité la participation et l'implication d'autres acteurs (membres de la direction des soins et/ou représentants des personnels). Dans le cadre de cette démarche, l'attaché d'administration hospitalière a joué un rôle important, notamment en termes de management des équipes et de gestion/conduite de projet.

Il a ainsi animé les différentes réunions, coordonné les différentes actions et apporté toutes précisions utiles portant sur le dispositif réglementaire (sincérité de la cotation, nécessité de fournir des éléments de preuves...) ou encore sur le calendrier des échéances. Bien évidemment, ces actions ont été conduites sous l'autorité du directeur adjoint. Ces temps d'échanges, de réflexion et de travail ont permis d'obtenir une cotation A pour ce critère 3b (soit une nette amélioration en rapport à la première auto-évaluation réalisée en mars 2011).

Référence 3 : La gestion des Ressources humaines					
Critère 3.b : Intégration des nouveaux arrivants					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	En grande partie	Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui
COTATION	A			SCORE	93%

¹⁷ cf. annexe 3

En ce qui concerne plus spécifiquement le personnel des soins infirmiers et médico-techniques, une certaine forme de tutorat est mise en place dans l'établissement. Tout nouvel arrivant est accueilli par le cadre de santé, ce dernier effectuant une présentation générale du pôle, du service et des équipes. Il lui présente également le profil de poste et la fiche métier. Tout nouvel arrivant est en principe « tutoré » (accompagné) durant une semaine.

L'établissement a également pour projet de renforcer ce dispositif de tutorat des nouveaux professionnels dans différents secteurs, notamment en pédiatrie/néonatalogie et en psychiatrie. Il s'agit ainsi de définir, en fonction du référentiel des métiers et des compétences, un programme de formations cliniques indispensables à l'exercice des fonctions. Ce dispositif ferait l'objet d'un contrat entre le tuteur et le « tutoré ». Le choix du tuteur reposerait en outre sur différents critères :

- ◆ connaissances cliniques,
- ◆ capacités pédagogiques,
- ◆ expériences de terrain (5 ans d'ancienneté recommandée),
- ◆ accepter de former,
- ◆ s'engager contractuellement.

Les intérêts d'une telle démarche sont multiples : un intérêt managérial (ou l'art de conduire une organisation), un intérêt participatif (association des professionnels à la définition et à la mise en œuvre des objectifs les concernant), un intérêt relatif à la notion de délégation (confier à une personne la réalisation d'un objectif) et un intérêt relatif à l'intégration des personnels (passer du statut de nouvel arrivant à celui de collègue). Cette démarche permettrait ainsi de mieux fédérer les équipes en contribuant à renforcer leur cohésion.

Le livret d'accueil est un document en principe remis à chaque nouvel arrivant au moment de sa prise de fonctions. S'appuyant d'abord sur le livret édité par la Fédération Hospitalière de France, l'établissement dispose dorénavant de plusieurs livrets adaptés aux différents services ou différents professionnels de la structure :

- ◆ à destination des cadres supérieurs et cadres de santé,
- ◆ à destination des personnels ouvriers et techniques,
- ◆ à destination des personnels de la cuisine, de la blanchisserie ou du standard,
- ◆ à destination des étudiants en soins infirmiers...

Tous ces livrets contiennent des informations générales relatives à l'établissement (règlement intérieur, organigramme, présentation des instances...) et d'autres plus spécifiques : tenue vestimentaire, règles d'hygiène et de sécurité, règles propres au secteur d'activité.

Ce point fera l'objet d'une analyse dans la seconde partie mais il convient de préciser dès à présent que le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis.

1.2.2 Focus sur les actions menées spécifiquement par la direction des soins

Au-delà de la réflexion et des actions conduites, dictées notamment par la démarche de certification, il existe d'autres dispositifs spécifiques à chaque direction, notamment au niveau de la direction des soins.

En effet, plusieurs expériences ont été réalisées et, cela, notamment auprès des nouveaux diplômés. Il s'agit ainsi de les accompagner durant la première année puis de les évaluer en fonction des compétences acquises et de celles demeurant à développer. Ces entretiens ont donc pour base le référentiel des métiers et des compétences.

Ce souci particulièrement apporté aux nouveaux diplômés est le résultat d'une récente étude conduite par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'établissement auprès des étudiants en 3^{ème} année du diplôme d'Etat d'infirmier.

Celle-ci a confirmé que, à la sortie, ces étudiants ne souhaitent pas postuler dans l'établissement privilégiant en effet la découverte d'une autre structure hospitalière ou d'une autre ville. Ils ont en outre émis certaines réserves sur la qualité du tutorat mis en place, très variable, selon eux, en fonction des services.

Les faisant fonction de cadres ou « apprenants cadres » font également l'objet d'un dispositif particulier : ils sont accompagnés par un trinôme.

Un cadre de proximité (du pôle ou du service géographiquement le plus proche) a la charge (mission) de former l'apprenant cadre à l'utilisation des outils et de l'aider dans la gestion des situations pragmatiques de tous les jours.

Un second cadre de santé assure le rôle de tuteur. Il s'agit d'un cadre extérieur au pôle dont le rôle est de superviser la progression de l'apprenant cadre au moyen du référentiel des métiers et des compétences. D'une manière très concrète, des entretiens réguliers permettent de faire une analyse et méta-analyse de ce que vit l'apprenant dans le cadre d'une approche réflexive (favoriser le questionnement afin que l'apprenant cadre trouve la solution de lui-même). Ces entretiens sont organisés variablement : par fréquence de tous les 15 jours au début, de façon plus espacée ensuite.

Puis, le cadre supérieur de santé évalue l'apprenant cadre en fonction du référentiel des métiers et des compétences.

Il convient enfin de préciser que tout cadre de santé bénéficie d'un entretien avec le directeur des soins au bout d'un mois puis à la fin du 1^{er} trimestre. Ce dernier leur demande systématiquement d'établir un rapport d'étonnement ce qui permettrait, selon lui, d'avoir une meilleure lisibilité sur les organisations en place et de dégager ainsi des actions d'amélioration.

Concernant les cadres supérieurs de santé, leur accueil est également formalisé. Il est directement géré par le directeur des soins qui organise, au cours de la première semaine, un certain nombre de temps d'échanges et de rencontres.

1.2.3 La journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants et le programme d'intégration

La journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants est organisée par la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Elle a lieu en général deux à trois fois par an (à noter que cette journée dure en réalité une demi-journée).

Les convocations sont adressées par courrier aux participants par le secrétariat de la DRH-AM (convocations comportant un coupon-réponse). Il m'a été possible d'assister à une session (cf. 11/10/2012¹⁸) pour laquelle douze nouveaux agents étaient présents (majoritairement de jeunes diplômés). Les agents conviés mais excusés pour raison de service seront de nouveau invités lors d'une prochaine session.

La demi-journée débute à 8h30 autour d'un café et quelques viennoiseries. Cette observation peut paraître descriptive voire anodine mais elle démontre surtout la volonté

¹⁸ cette session fut animée par l'attaché d'administration hospitalière de la DRH-AM, le directeur adjoint ayant quitté l'établissement dans le courant du mois d'octobre 2012.

de réserver un accueil convivial à ces nouveaux collaborateurs, certains ayant par ailleurs pris leurs fonctions depuis à peine un mois.

La session est séquencée par différentes interventions relatives aux présentations de la direction des ressources humaines et des affaires médicales, du service informatique, de la direction des soins (et au projet de soins infirmiers), de la sécurité incendie, de l'hygiène hospitalière... Chaque intervenant dispose d'un temps de présentation suffisant même si une certaine priorité semble être accordée aux informations « RH » (ex : droits & obligations des fonctionnaires, positions statutaires, rémunération, évolution de la carrière) et à l'hygiène (lutte contre les infections nosocomiales, lavage des mains, précautions indispensables).

Des temps d'échange sont également prévus afin de permettre aux nouveaux arrivants d'exprimer leur avis et/ou formuler des interrogations. Il convient en outre de préciser que cette journée d'intégration fait l'objet d'un questionnaire¹⁹ ayant un double objectif. Ce questionnaire, remis à l'ensemble des nouveaux arrivants, sert en effet à évaluer aussi bien la procédure d'accueil et d'intégration que l'organisation et le déroulement de cette journée d'accueil.

Enfin, cette journée d'intégration fait l'objet d'un compte-rendu qui est diffusé, en même temps que les résultats du questionnaire, lors de la prochaine session.

Le programme d'intégration est, semble-t-il, une spécificité de la direction des soins. Il concerne uniquement les cadres supérieurs de santé. Il s'agit, pendant deux semaines, d'organiser différentes rencontres et visites.

*

* *

Après cette première partie où il a été fait mention du cadre contextuel, des dispositions réglementaires et de la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, la seconde partie de ce mémoire sera consacrée à l'analyse de ladite procédure afin d'en apprécier les atouts mais également les limites.

Le positionnement et le rôle de l'attaché d'administration hospitalière seront également appréciés tout au long de cette seconde partie.

¹⁹ cf. annexe n°4

Méthodologie

La méthodologie générale retenue pour la réflexion se décompose en différentes étapes :

- ◆ élaboration de plusieurs grilles d'entretien,
- ◆ détermination d'une méthodologie d'investigation rigoureuse,
- ◆ analyse critique des données recueillies,
- ◆ appropriation et utilisation des données et des résultats pour définir des actions d'amélioration de la politique d'accueil et d'intégration de l'établissement.

La démarche méthodologique est une approche qualitative reposant sur différentes phases successives, d'abord d'observations sur le terrain (participation à des réunions, journée d'accueil...) puis d'analyse de données (observation documentaire suite à une recherche bibliographique).

La recherche bibliographique s'est effectuée en amont du choix du thème du mémoire mais aussi tout au long du travail. Il s'agissait en effet de pouvoir nourrir la réflexion voire la réorienter en fonction aussi bien des résultats des différents entretiens conduits que des observations réalisées. Cette recherche s'est ainsi réalisée sur la base de documents externes (textes législatifs et/ou réglementaires, rapports, ouvrages, articles...) et internes à l'établissement (projet social, bilans sociaux, comptes-rendus de réunions...).

La phase d'observation a consisté à réaliser plusieurs entretiens auprès de la direction de l'établissement, de plusieurs cadres et agents. Il a également été possible d'assister à différentes réunions d'accueil ainsi qu'à une séance du comité technique d'établissement. Néanmoins, ce travail d'observation sur le terrain s'est limité à l'établissement au regard de contraintes de temps.

En effet, l'élaboration de ce mémoire n'était pas la seule tâche à accomplir au cours de ces différents stages. Il importait à titre d'exemple de réaliser une étude sur la gestion des flux aux urgences, une cartographie des effectifs (tableaux de bord) et d'assurer des temps de formation aux cadres supérieurs et cadres de santé.

Il aurait pourtant été intéressant de pouvoir comparer la procédure de l'établissement à celles mises en place dans d'autres structures. De même, il n'a pas toujours été aisé de rencontrer les professionnels, ces derniers étant souvent très occupés, limitant ainsi le

nombre d'entretiens réalisés. La problématique liée à la politique d'accueil et d'intégration en faveur des personnels médicaux a par ailleurs été précisée (cf. en introduction).

2 Analyse de la procédure d'accueil et d'intégration de l'établissement

Cette partie sera intégralement consacrée à l'analyse de la procédure d'accueil et d'intégration mise en place par l'établissement. Il s'agira ainsi d'une part de mettre en évidence les atouts (2.1) et, d'autre part, les freins ou les limites de la procédure (2.2).

Tel que cela a été précisé dans la méthodologie, il aurait été intéressant de pouvoir comparer cette politique d'accueil et d'intégration à celle d'autres établissements de santé de nature, de taille et de fonctionnement comparables. Malheureusement, des contraintes de temps ne m'ont pas permis de me rendre dans d'autres structures hospitalières.

2.1 Evaluation de la politique d'accueil et d'intégration

2.1.1 Une prise de conscience institutionnelle de la notion d'accueil et d'intégration

L'établissement a formalisé une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants et, cela, depuis plusieurs années. Celle-ci n'a cessé d'évoluer notamment au regard des évolutions techniques, démographiques ou réglementaires.

En effet, les innovations technologiques imposent aux établissements de santé d'orienter leurs recrutements vers des personnels disposant de certaines compétences. Ces dernières pouvant être rares dans certains cas, il importe nécessairement de pouvoir fidéliser ces agents (à noter également que ces compétences peuvent s'acquérir dans le cadre d'une démarche individualisée de formation).

Les évolutions démographiques ont également un impact en termes de politique d'accueil et d'intégration puisqu'il s'agit d'adapter le recrutement et la formation des personnels en fonction des caractéristiques du bassin de population. Autrement dit, il s'agit d'adapter les compétences pour répondre au mieux aux besoins des patients.

Il convient également de souligner que, selon le rapport « les métiers en 2015 », « *les départs en fin de carrière vont doubler d'ici 2015 pour l'ensemble du domaine*

professionnel (contre 32% en moyenne) »²⁰, même si l'augmentation des quotas de formation mis en place dès 2000 permet de compenser, quelque peu, ces départs.

Parmi les évolutions réglementaires, il convient de souligner la démarche de certification. En effet, il est précisé dans le manuel de certification que le management des emplois et des compétences est le moyen d'adapter l'organisation du travail et des niveaux de compétences en fonction des innovations technologiques et de l'évolution des pratiques. Il s'agit en d'autres termes, pour les établissements de santé, d'assurer la continuité de leurs missions par une gestion adaptée et évolutive des emplois et des compétences en fonction d'évolutions pouvant impacter le contenu des activités (cf. démarche GPMC).

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est donc le moyen de mettre en adéquation les compétences et les besoins de l'institution en intégrant deux dimensions.

La dimension qualitative permet de dresser le bilan de l'existant en termes d'activité, de compétences et de métiers et la mise en adéquation des compétences aux postes et aux orientations de l'établissement. La seconde dimension est dite quantitative, c'est-à-dire qu'elle permet un recensement du nombre d'emplois via un tableau des effectifs prévisionnels. Cette gestion est donc directement liée à la politique de recrutement, à la mobilité interne, à la formation ainsi qu'à l'analyse des organisations de travail et aux conditions de vie au travail.

Ces éléments sont donc à prendre en considération pour l'évaluation du critère relatif à l'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants, dispositif qu'il convient nécessairement de formaliser et de ne pas négliger au regard de son caractère réglementairement obligatoire.

Ainsi, lors de la première démarche d'accréditation (cf. en mai 2005), les experts-visiteurs notaient la chose suivante au sujet de la politique d'accueil et d'intégration de l'établissement : *« quoique bénéficiant d'une situation générale confortable en matière de recrutement, l'établissement doit formaliser une procédure de recrutement en tenant compte des profils de postes. Un travail s'est engagé depuis plusieurs années sur l'accueil et l'intégration des professionnels et des stagiaires. Il reste à harmoniser les divers documents et actions en cours pour finaliser une procédure »²¹.*

²⁰ Groupe « Prospective des métiers et qualifications, *Rapport « Les métiers en 2015 », janvier 2007, p. 151*

²¹ HAS, *Compte-rendu d'accréditation, mai 2005, p.12*

Le second rapport d'accréditation de l'établissement (mars 2009) ne faisait aucune mention spécifique sur cette thématique (cf. tableau ci-dessous).

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8b : L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <small>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</small>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'accueil des personnels (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, etc.).	OUI		A	
Dispositif d'intégration des personnels (programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat, etc.).	OUI			
Suivi de ces dispositifs et réajustement, si nécessaire.	OUI			

Ces différents éléments confirment bien que l'établissement a le souci d'accorder une place importante à cette problématique. Il n'a cessé de faire évoluer sa politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants en vue de l'améliorer et, cela, dans le cadre d'une démarche institutionnelle.

Cette démarche institutionnelle est présente par ailleurs dans le projet social 2009-2012 dont l'un des objectifs principaux est l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, objectif défini sur la base de 4 critères :

- ◆ donner aux nouveaux arrivants, au sein de chaque secteur d'activité, une information permettant l'exercice de leur fonctions au sein du secteur,
- ◆ formaliser une procédure d'intégration,
- ◆ mettre en place un tutorat pour tout nouvel arrivant,
- ◆ évaluer dans chaque secteur d'activité l'efficacité des mesures d'intégration et du tutorat.

Très concrètement, il s'agit de recenser et d'étendre les procédures d'accueil et d'évaluation ainsi que le tutorat à l'ensemble des professionnels de l'établissement pour lesquels ce besoin a été identifié.

Il est précisé en outre que l'évaluation de l'intégration est une réflexion à mener conjointement avec la mise en place d'un dispositif de formation tout au long de la vie et de celui de la notation. L'entretien annuel d'évaluation et l'entretien de formation sont ainsi des moments d'évaluation individualisées. La démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences intègre cette dimension d'intégration afin d'être plus pertinente.

La fidélisation des personnels est, dès lors, une question importante devant faire l'objet d'une « veille » afin de mettre en place si besoin un plan d'actions spécifiques. Le suivi des motifs de départs et de leur volume annuel permet également de mesurer la qualité de vie au travail au sein de l'établissement.

Afin de mener à son terme ce projet social ou, autrement dit, atteindre les objectifs fixés, un groupe de travail a été constitué à l'initiative de la direction des ressources humaines. Une première réunion s'est tenue en mars 2011 et a ainsi permis de définir le calendrier²² et de faire une première auto-évaluation sur les trois critères définis dans le manuel de certification.²³

Au regard de cette première auto-évaluation, des actions d'amélioration ont été définies et ont ainsi permis de conclure à une cotation A, soit un résultat supérieur ou égal à 90% du score maximal (cf. 93%). Ce critère ne devrait donc pas être observé par les experts-visiteurs à moins qu'il ne soit tiré au sort (seules les thématiques liées aux cotations C ou D sont systématiquement investiguées ; les critères cotés A ou B sont sélectionnés de manière aléatoire).

Ces différents éléments témoignent d'une dynamique qualité initiée dans la gestion des ressources humaines notamment au niveau de la direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement. Ces actions sont d'ailleurs reprises et développées par les objectifs de cette direction.

Cette problématique fait également l'objet d'un axe prioritaire du projet de soins 2008-2012. Cet axe prioritaire est décliné en différents objectifs :

- ◆ configurer les ressources humaines quantitativement et qualitativement,
- ◆ intégrer des professionnels,
- ◆ encadrer le stagiaire,
- ◆ mener une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- ◆ élaborer et suivre les tableaux de bord des activités soignantes.

Pour conduire à son terme ces objectifs, différentes actions à réaliser ont été définies, notamment la nécessité de travailler sur une méthodologie permettant l'écriture des projets d'intégration pour les nouveaux professionnels, d'élaborer des projets d'encadrement ou encore de mettre en place un groupe de travail sur les fiches d'entretien de recrutement interne et externe.

²² cf. annexe 3

²³ cf. annexe 5

L'ensemble de ces éléments sont synthétisés dans le projet d'établissement 2007-2012.

Ces différents éléments témoignent d'une prise de conscience institutionnelle : la mise en place d'actions, d'une politique d'accueil et d'intégration en faveur des nouveaux arrivants constitue bien un enjeu pour l'institution.

2.1.2 La gestion des ressources humaines : une problématique constante de la direction des ressources humaines

En premier lieu, il importe de préciser l'étroite collaboration entretenue entre le directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales et l'attaché d'administration hospitalière. Il m'a en effet été possible d'observer une réelle complémentarité (voire complicité) de ces deux acteurs au cours des stages effectués. Celle-ci s'est construite dans le temps pour conclure à « *un tandem de choc* », dicit le directeur adjoint. Cette collaboration est d'autant plus indispensable au regard des projets et des enjeux de cette direction fonctionnelle.

Il a été précisé que la problématique de la gestion des ressources humaines est une affaire institutionnelle. Bien évidemment, cette dimension et les questions liées au recrutement, à l'accueil et à l'intégration constituent l'essentiel des attributions de la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Cette dernière a ainsi défini plusieurs actions ou objectifs traduits par les axes de développement ci-après :

- ◆ poursuivre l'analyse de gestion, développer des outils partagés et renforcer les compétences en gestion de ressources humaines au regard du besoin réel de professionnalisation : mise en place d'outils de pilotages, notamment des tableaux de bord,
- ◆ développer les objectifs « qualité » pour améliorer les conditions de travail : réaliser une enquête de climat social, mettre en œuvre une démarche sur la gestion des risques psycho-sociaux,
- ◆ renforcer le champ de développement des ressources humaines par une politique de GPMC, une meilleure gestion du temps de travail, l'accompagnement des cadres et des agents dans l'évolution du changement et par le développement de la qualité de vie au travail,
- ◆ résorber l'emploi précaire dans la fonction publique hospitalière : poursuite et organisation des concours avec l'objectif de promouvoir l'accès à des grades reconnus,

- ◆ animer le dialogue social : poursuite des travaux initiés par ou avec les partenaires sociaux,
- ◆ maîtriser les dépenses en ressources humaines : poursuite des efforts initiés en 2011 et délégation de la gestion des mensualités de remplacements aux pôles,
- ◆ consolider le fonctionnement et l'organisation des affaires médicales en renforçant l'équipe (notion de professionnalisation) afin de mieux gérer les différents statuts médicaux, d'anticiper les besoins en ressources médicales et d'assurer un meilleur suivi du temps de travail médicale (cf. gardes, astreintes, temps de travail additionnel...).

D'une manière générale, ces éléments contribuent à la cohésion sociale de l'établissement et à sa bonne santé en matière de recrutement et de fidélisation. En effet, à titre d'exemple, la quasi-totalité des postes d'infirmiers sont pourvus. Le taux de départ de ces professionnels est estimé à 10% par an, ces derniers quittant généralement la structure pour suivre leur conjoint. Il convient de souligner à ce titre que l'établissement est situé dans une commune à forte concentration de militaires soit, par définition, une population mobile.

Le dialogue social est également un enjeu important pour la direction des ressources humaines qui conduit, avec les représentants des personnels, une démarche d'amélioration continue des conditions de travail. En lien avec ces derniers, il s'agit notamment de mettre en place des actions de prévention des risques psycho-sociaux.

En effet, selon les articles L. 4121-1 à 3 et R. 4121-1 et 2 du code de la santé publique, *« l'employeur doit élaborer et tenir à jour un document d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité des personnels »*.

En outre, *« la notion de risques psycho-sociaux englobe toutes les formes de stress engendrées par les conditions de travail ou les relations professionnelles, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Le harcèlement moral et la violence au travail font parties intégrantes de ces risques et du dispositif du plan de santé au travail 2010-2014 »*.

Au niveau de l'établissement, un comité de pilotage, constitué de partenaires sociaux, de membres de la direction des ressources humaines, d'un cadre de santé et d'un cadre administratif, a ainsi pour rôle de définir les objectifs et les moyens à mettre en œuvre pour faire un premier état des lieux. A l'issue de ce diagnostic, ce comité serait en mesure

d'évaluer le risque et de préciser des indicateurs précis et spécifiques sur différents facteurs de risques :

- ◆ ressources humaines : absentéisme, présentéisme, rotation des personnels, nombre de postes non pourvus...
- ◆ conditions de travail : temps de contact client/agent, postes de travail isolés, demandes de réaménagement des postes de travail...
- ◆ fonctionnement des services : évolution des structures, fusions, qualité des services, plaintes des usagers...
- ◆ santé et sécurité : nombre d'accidents, taux de gravité, actes de violence au travail...

La phase de diagnostic s'effectuera sur la base d'un questionnaire prochainement adressé à l'ensemble du personnel. Il s'agira ainsi de définir quels sont les risques psycho-sociaux et d'apprécier leur répartition au sein des unités fonctionnelles, des services et pôles et des différents métiers.

Cette démarche répond ainsi à la fois aux objectifs fixés dans le contrat local d'amélioration des conditions de travail signé avec l'agence régionale de santé (ARS) et à la nécessité d'avoir une certaine sérénité sociale dans la structure, soit autant d'éléments favorisant l'intégration et la fidélisation des personnels au sein du centre hospitalier.

2.1.3 Une volonté de décroisement des services et des personnels

Dans le milieu hospitalier, certains services ont « mauvaise réputation » que cela soit à cause du travail ou de l'équipe (encadrement compris). Il importe donc de démystifier ces aspects. Très concrètement, dans l'établissement, cela se traduit par une volonté de décroiser les services, de faire en sorte que les personnes se rencontrent et dialoguent.

A titre d'illustration, au sein des secteurs de pédiatrie et de néonatalogie, le cadre de santé, dès son arrivée, a mis en place une rotation des équipes et, cela, afin d'éviter tout clivage entre professionnels. Concrètement, une infirmière exerce ainsi aussi bien en pédiatrie qu'en néonatalogie. Au-delà de l'aspect fonctionnel, c'est-à-dire favoriser le remplacement d'un collègue, maintenir voire développer la polyvalence, il s'agit surtout de faire en sorte que les équipes ne soient pas « cantonnées » à une fonction, un secteur.

Malgré des difficultés au début, cette rotation est aujourd'hui bien acceptée par les équipes « *qui auraient mûri* », selon le cadre de ces services. Il est ainsi possible d'affirmer que cette disposition est un facteur favorisant l'intégration contribuant au sentiment d'appartenance.

Cette dynamique de décloisonnement s'exprime également par la participation des agents à des groupes de travail sur l'hygiène, les infections nosocomiales ou encore à des interventions auprès des étudiants de l'IFSI. Sur ce point, il convient de souligner que les services de soins peuvent accueillir des étudiants. Ces présences sont généralement bien perçues et fédératrices car il s'agit d'assurer une partie de la formation d'un éventuel futur collègue et le signe de la bonne ambiance régnant dans un service²⁴.

Les stages de comparaison mis en place par la direction des soins permettent en outre aux agents nouvellement recrutés de bénéficier d'une formation, généralement au centre hospitalier universitaire, afin qu'ils puissent acquérir et développer de nouvelles compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Ces stages permettent ainsi « de voir comment ça se passe ailleurs » mais aussi et surtout d'acquérir de la légitimité (notion d'intégration par la légitimité des compétences).

L'architecture des locaux est également à souligner. Les personnels affectés dans un service clos ou éloigné d'autres services auront tendance à s'enfermer sur eux-mêmes. Dans la même idée, un service « triste » ou sombre ne sera pas perçu comme accueillant à l'inverse d'un service propre, ouvert, voire légèrement décoré.

Au centre hospitalier, les locaux sont globalement accueillants, certains sont même décorés avec des fresques murales (cf. services de pédiatrie/néonatalogie et urgences). Toutefois, sans en constituer pour autant un élément réellement pénalisant, la configuration du site hospitalier²⁵ ne favorise pas les rencontres.

*
* *

Cette dernière remarque appelle cette observation : l'intégration d'un nouvel arrivant, au-delà d'une procédure strictement formalisée, est aussi la résultante d'attitudes favorables voire bienveillantes, d'une dynamique de groupe et de la volonté manifeste de tous de

²⁴ Les étudiants ne souhaitent pas en effet faire de stages dans un service ayant une mauvaise réputation ou ambiance.

²⁵ Plusieurs secteurs pavillonnaires, bâtiment principal constitué de vastes couloirs et zones de passage partiellement utilisés.

réussir à fidéliser un nouvel agent. La politique mise en place par l'établissement dispose ainsi de réels atouts... tout en étant, toutefois, quelque peu limitée.

2.2 Les freins à l'intégration

L'intégration de tout nouvel arrivant est un élément fondamental et conditionne sa fidélisation. Pour autant, il importe de souligner que celle-ci n'est pas toujours évidente. A la question de savoir à partir de quel moment un nouvel arrivant a le sentiment d'être intégré, toutes les personnes rencontrées s'accordent pour dire que cela est variable et dépendant non seulement du service/secteur d'affectation mais aussi des compétences particulières à acquérir et/ou à développer.

Au travers de cette partie, il s'agira d'identifier les freins à l'intégration afin de dégager de possibles pistes d'amélioration.

2.2.1 Une direction fonctionnelle en évolution constante

La direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement est régulièrement contrainte de s'adapter, d'évoluer, de faire face à de nouvelles dispositions réglementaires et de nouvelles organisations. Si cet état de fait est relativement courant pour une direction en charge du personnel, cela peut également la fragiliser notamment si ces mutations concernent directement son management et sa propre organisation.

En matière d'organisation interne, il est ainsi apparu nécessaire de revoir l'organisation de cette direction. Cette décision fut prise par le directeur adjoint et menée conjointement avec l'AAH à son arrivée²⁶. Cette démarche fut relativement difficile à conduire puisqu'il a été nécessaire de renouveler une grande partie de l'équipe, certains agents n'adhérant pas, en effet, au projet.

A partir de cette observation, il est donc possible de mesurer les difficultés de l'accompagnement au changement et le management des équipes. En outre, toute nouvelle organisation a besoin de temps pour se mettre en place que cela soit en raison des recrutements à effectuer si nécessaire ou bien des formations à dispenser. Mais ce besoin de temps est souvent incompatible avec l'obligation d'assurer la continuité du service.

²⁶ L'AAH a pris ses fonctions au sein de la DRH-AM il y a deux ans.

On peut ainsi noter, à titre d'exemple, les évolutions qu'il a fallu conduire en raison notamment de l'implantation d'une clinique privée sur le site hospitalier et la mise en place d'un pôle santé, les modifications statutaires (ex : reclassement des infirmiers) ou bien encore les obligations liées à la démarche de certification.

Il importe donc de pouvoir s'appuyer sur un management stable tel que disposait la direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement. En effet, l'organisation actuelle est à présent structurée et « en ordre de marche » pour la gestion du personnel non médical ; elle l'est néanmoins à un degré moindre pour la gestion des affaires médicales²⁷. Pour autant, cette organisation risque d'être de nouveau fragilisée au regard du départ du directeur adjoint (effectif depuis mi-octobre 2012).

Ces changements/évolutions nuisent par ailleurs à la réalisation des objectifs fixés à conduire, par définition, sur plusieurs années. A titre d'illustration, il n'a pas été possible de retrouver trace d'évaluation(s) ou de bilan de la politique conduite par la DRH en matière de gestion des ressources humaines dans les bilans sociaux des années 2011 et 2012.

Parmi ces objectifs, on peut citer la mise en place de la GPMC comme une des priorités de la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Elle permet, tel qu'il l'a été précédemment précisé, de recenser les effectifs par métiers, de gérer ainsi le « patrimoine humain » pour anticiper l'écart entre les besoins de l'établissement et les ressources, sur du court, du moyen et du long terme et de développer des outils de GRH (recrutement, évaluation, formation, mobilité).

A cette fin, dès l'été 2011, des tableaux des effectifs par pôle, service et grade ont été adressés aux cadres supérieurs de pôle afin de repérer les métiers selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Le retour des tableaux complétés a été demandé avant le 15/11/2011 à la direction des ressources humaines et des affaires médicales afin de répondre à la demande de l'agence régionale de santé qui exigeait le recensement des métiers pour le 31/12/2011.

En 2012, des groupes de travail ont été mis en place par service afin d'identifier les compétences et leur niveau de maîtrise par métier et par poste. Pour chaque poste de

²⁷ L'adjoint des cadres hospitaliers a pris ses fonctions en mars dernier. Il s'agit, pour lui, d'un nouveau métier nécessitant un temps d'apprentissage. Il a été ainsi possible d'instruire certains dossiers ensemble, étant moi-même un « spécialiste » de ce poste.

travail, il était nécessaire d'élaborer une fiche métier (compétences) et éventuellement une fiche de poste (compétences spécifiques). Cette démarche est inachevée à ce jour.

D'autres projets sont également en cours : la mise en œuvre du dialogue social en lien avec les représentants des personnels, la mise en place d'une démarche de gestion des risques psycho-sociaux, l'instauration des entretiens d'évaluation sur la base du référentiel des métiers et des compétences ou bien encore le déploiement de nouveaux outils informatiques tels que GESFROM WEB ou GESTOR NET²⁸. Ces travaux (projets) devraient à terme permettre et/ou favoriser l'intégration des nouveaux arrivants, ils importent donc qu'ils puissent être finalisés.

Synthétiquement, cette direction fonctionnelle déborde donc de projets, les uns aussi intéressants que les autres. Mais il est possible de penser qu'une telle multiplicité de projets puisse nuire à leur bonne réalisation : ces projets pourraient en effet ne pas être conduits de manière optimale voire ne pas être tout simplement menés à leur terme.

Il importe également de souligner le poids des organisations syndicales. Bien que celles-ci participent avec la direction des ressources humaines à l'amélioration continue des conditions de travail, elles conduisent occasionnellement certaines enquêtes dont les objectifs ou les conclusions peuvent paraître parfois être « déroutants voire troublants ».

Il convient enfin de souligner que la gestion des affaires médicales est assurée par un adjoint des cadres hospitaliers (ADCH) et un adjoint administratif, sous la responsabilité directe du directeur adjoint. Quelle sera l'organisation pour les semaines et les mois à venir au regard de la vacance du poste de directeur adjoint ?

L'attaché d'administration hospitalière devrait ainsi assurer l'intérim, en lien avec le chef d'établissement. En revanche, il ne sera pas particulièrement aisé de mener de front l'ensemble des projets en cours. En outre, quelle sera l'organisation de la direction des ressources humaines et des affaires médicales lorsqu'un nouveau directeur adjoint sera nommé ?

2.2.2 L'intégration ne se décrète pas, elle se construit dans le temps

L'intégration est le fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer (ou s'insérer) à, dans quelque chose. Mais s'intégrer à une nouvelle équipe n'est jamais en effet une chose que

²⁸ GESFORM WEB et GESTOR NET sont deux outils informatiques, le premier relatif à la formation et le second à la gestion des absences, plannings, activités...

l'on puisse décréter voire automatiser. Que cela soit en fonction du caractère des professionnels, des affinités entre collègues, des habitudes du service ou bien encore de l'organisation du travail, le nouvel arrivant peut ainsi être, parfois, confronté à de réelles difficultés d'intégration.

Il a été précédemment souligné que l'intégration d'un nouvel arrivant était l'affaire de tous, y compris donc des praticiens. En effet, à titre d'illustration, une nouvelle infirmière éprouvera les plus grandes difficultés à s'intégrer si elle est confrontée à un praticien qui l'ignore voire la méprise (de tels faits se sont produits au sein du centre hospitalier selon différents cadres rencontrés).

Ainsi, sous le prétexte de ne pas connaître le nouvel agent, d'ignorer ce dont il est réellement capable, il peut parfois arriver qu'un praticien refuse d'adresser la parole à un nouveau professionnel ou de travailler avec lui. Il est également possible qu'un praticien attende tout simplement le « feu vert » des autres professionnels du secteur qui auraient ainsi, au préalable, « jaugé » les capacités de ce nouveau collaborateur. Une telle attitude est bien évidemment à proscrire : les praticiens ont un devoir de formation et une telle attitude pourrait être assimilée à une forme de discrimination et donc motif de sanction.

Par ailleurs, malgré la volonté de décloisonnement des services, des clivages subsistent et sont sources de tensions/conflits entre équipes. Il n'est pas rare que les équipes d'un même pôle ne se parlent pas, préférant passer par le cadre de santé ou le supérieur hiérarchique pour régler d'éventuelles difficultés organisationnelles et/ou de fonctionnement.

L'intégration d'un nouveau professionnel doit donc être favorisée par toute l'équipe. Le tutorat est un des outils possibles mais il ne résout pas tout. En effet, cette fonction se rajoute aux tâches quotidiennes et il n'est pas toujours facile d'accorder du temps au nouvel arrivant. En outre, la courte durée mise en place dans l'établissement (cf. au mieux une semaine) ne permet pas d'observer, d'être confronté à toutes les situations : un agent recruté durant le printemps, bien que bénéficiant d'un tutorat à son arrivée, ne sera pas confronté aux pathologies hivernales et aux spécificités de telles prises en charge (ex : bronchiolites des nourrissons ou des jeunes enfants).

En outre, les agents se sentent plus rapidement intégrés dès lors que leur travail est reconnu. Cette reconnaissance a généralement lieu au moment de l'entretien d'évaluation. A ce jour, ces entretiens, bien évidemment généralisés et réalisés, ne permettent pas, toujours, d'avoir une réelle discussion avec l'agent, notamment en raison

de la charge de travail des cadres. Les temps d'échange sont ainsi parfois réduits pour finalement « aller à l'essentiel ».

Pour conclure sur ce point, bien que les entretiens individualisés d'évaluation s'appuient désormais sur le référentiel des métiers et des compétences, il n'est pour autant pas acquis que le travail des agents puisse être reconnu et valorisé. La fonction de tuteur n'est pas toujours reconnue non plus.

2.2.3 De nombreuses actions initiées par différents secteurs, mais sans réelle coordination et pour quels effets ?

L'établissement dispose d'une politique formalisée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants. Il est pour autant possible de dire que celle-ci, bien que s'inscrivant dans le cadre d'une démarche institutionnelle (cf. supra), est dispersée entre différents acteurs.

La direction des soins a mis en place différentes expériences ou actions mais celles-ci ne sont pas -ou peu- coordonnées avec les autres directions fonctionnelles, notamment avec la direction des ressources humaines et des affaires médicales.

Des stages de comparaison sont ainsi organisés notamment au centre hospitalier universitaire. Ces stages d'une durée d'une semaine permettent au nouvel arrivant de développer de nouvelles compétences en fonction des métiers qu'il aura à exercer (ex : de tels stages sont ainsi organisés en pédiatrie pour développer des compétences en réanimation néonatale). S'ils revêtent un évident intérêt, ces stages ne garantissent pas pour autant que le nouvel arrivant puisse prendre en charge une situation délicate. Ils peuvent en outre avoir l'effet inverse : la mutation de l'agent.

La demi-journée d'accueil organisée par la direction des ressources humaines et des affaires médicales appelle également certaines remarques. Son contenu est, semble-t-il, plus dicté par des obligations réglementaires malgré la volonté de transmettre des informations « pratico-pratiques ». Dès lors et, cela, bien que les échanges soient favorisés, incités, peu de participants ne s'expriment réellement. Cette session se résume ainsi finalement à une « avalanche » d'informations alors qu'elle se voudrait dynamique. En outre, elle se limite à l'accueil et à l'intégration au plus près de la prise de fonctions. Le format actuel constitue donc l'essentielle limite de cette disposition.

De plus, le questionnaire d'évaluation relatif à ces sessions d'accueil et d'intégration, outre des items relatifs aux différents points abordés au cours de la session et à l'accueil dans les services, comprend une partie réservée aux commentaires et suggestions des participants. Dans le prolongement des précédentes sessions, cette partie n'est pratiquement jamais renseignée. Cette observation démontre, dès lors, les limites d'un tel questionnaire.

Enfin, au-delà du contexte hospitalier, il convient d'aborder les liens entre l'institution et la ville. En effet, si les nouveaux arrivants bénéficient d'une information relative notamment aux adresses et coordonnées téléphoniques et/ou électroniques des crèches municipales par exemple, il n'existe pas, à proprement parler, de partenariat hôpital/ville. Il s'agit tout au plus d'une orientation.

*
* *

La politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants de l'établissement dispose d'atouts mais est donc également limitée. Certaines pistes d'amélioration peuvent pour autant être envisagées.

3 Propositions d'actions

Cette dernière partie abordera les actions à mettre opportunément en place afin d'améliorer la politique mise en place par l'établissement en identifiant les acteurs et les priorités d'actions.

La politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants est une problématique certes partagée, commune ou institutionnelle mais elle est, en premier lieu, du ressort de la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Il importe donc que celle-ci soit « consolidée » (3.1). C'est ainsi sur cette base qu'il le sera possible d'envisager des actions concrètes d'amélioration (3.2) qui devront faire l'objet d'une évaluation (3.3).

3.1 Stabiliser la direction des ressources humaines et des affaires médicales, condition *sine qua non* pour mener à leur terme les projets en cours

La direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement est en pleine mutation (cf. supra). Elle est également sujette à des changements, plus ou moins réguliers, notamment en termes de management. Sans qu'il ne soit question de profonde instabilité, cette direction fonctionnelle est fragilisée : la récente prise de fonctions de l'ADCH aux affaires médicales ou le départ du directeur adjoint (mi-octobre 2012) en sont les derniers exemples. Ce départ pourrait nuire, à court terme, à la réalisation des nombreux -et pourtant intéressants- projets en cours. Dans un tel contexte et, cela, avant même de s'interroger sur les pistes d'amélioration de la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, la question de la stabilisation de la direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement doit être abordée.

3.1.1 L'attaché d'administration hospitalière, un acteur majeur pour assurer l'intérim du directeur adjoint chargé des ressources humaines

Depuis le départ du directeur adjoint, l'intérim est assuré par le chef d'établissement avec pour collaborateur direct l'attaché d'administration hospitalière auquel la gestion quotidienne/courante des dossiers relevant de cette direction a été confiée, en lien avec les autres directeurs, notamment celui de la direction des soins. Les affaires médicales sont directement placées sous la responsabilité du directeur.

Cette période transitoire revêt un évident intérêt professionnel pour l'AAH tout en étant à la fois particulièrement problématique à assumer au regard de nombreux dossiers à traiter et donc de l'ensemble des projets à finaliser.

Ainsi, notamment en termes de management, il lui appartient de revoir opportunément l'organisation de cette direction (bien entendu après validation du chef d'établissement). Ces évolutions ne devront bien nécessairement pas contredire celles effectuées auparavant (cf. supra). En revanche, il est tout à fait envisageable de confier de nouvelles responsabilités, en particulier aux adjoints des cadres hospitaliers, notamment ceux chargés des affaires médicales, du suivi budgétaire ou encore de la carrière des agents, sous réserve de formations complémentaires (cf. ADCH affaires médicales).

Ces évolutions devront être concertées, accompagnées et bien évidemment suivies. Des réunions de service seraient ainsi nécessaires pour, d'une part, présenter ces changements et d'autre part, faire des points réguliers notamment sur les éventuelles difficultés rencontrées et envisager ainsi des améliorations et/ou des ajustements.

Ces changements paraissent d'autant plus nécessaires que la continuité du service doit être assurée. En effet, la direction des ressources humaines et des affaires médicales a, outre une dimension stratégique, de nombreux projets en cours de développement. Dans le cadre de ses compétences, il revient donc à l'AAH d'assurer le relais et la mise en œuvre de ces stratégies. Pour autant, il ne saurait être envisageable de conduire l'ensemble des projets en cours et, cela, malgré sa connaissance de l'ensemble des dossiers. Des priorités d'actions, de projets, devraient ainsi être fixées.

A ce propos, sur le thème de l'accueil et de l'intégration des nouveaux arrivants, la démarche GPMC devrait nécessairement être finalisée et ce d'autant plus que l'établissement est engagé dans une démarche métiers/compétences dans le cadre d'un processus piloté par l'agence régionale de santé (en tant que site-pilote).

3.1.2 Des priorités d'action à mener à leur terme : la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences au service de l'accueil et de l'intégration des nouveaux arrivants

La mise en œuvre de la GPMC repose, en amont, sur une démarche d'analyse et de décision ayant pour objectif une meilleure adéquation entre les besoins d'une structure et ses ressources humaines au niveau tant quantitatif que qualitatif.

Les trois niveaux de la GPMC sont :

- ◆ connaître les effectifs par métiers, cartographie de l'établissement,
- ◆ intégrer la GPMC dans la pratique de la gestion des ressources humaines,
- ◆ anticiper l'impact des évolutions sur la GPMC.

Il s'agit donc bien d'un mode de gestion dynamique des ressources humaines permettant d'accompagner les évolutions au plan collectif et individuel et aux enjeux multiples que cela soit au niveau institutionnel, au niveau collectif, au niveau individuel ou au niveau social. Ces enjeux peuvent ainsi être définis ci-après :

- ◆ institutionnel : adapter les ressources humaines aux évolutions extérieures,
- ◆ collectif : adapter les emplois et les compétences à l'évolution des activités, de l'organisation de l'établissement, du pôle et/ou du service,
- ◆ individuel : faciliter les projets professionnels des personnels en cohérence avec les évolutions de leur métier et les besoins collectifs et institutionnels,
- ◆ social : sécuriser les parcours professionnels des agents et prévenir les risques d'inéquation.

Différentes dimensions s'articulent dans le cadre d'une telle démarche : la dimension quantitative (les métiers) et la dimension qualitative (les compétences). Celles-ci peuvent être résumées par le schéma ci-après (schéma extrait d'un guide ANFH, Pays de Loire).

QUANTITATIF (METIERS)	QUALITATIF (COMPETENCES)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les métiers/les emplois le l'établissement, les effectifs par métiers/par emploi ▪ Evaluer l'adéquation entre les effectifs et les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les compétences requises par métier/par emploi ▪ Evaluer les niveaux de compétences des salariés, des équipes ▪ Repérer les compétences « critiques » ou en carence 	GESTION ACTUELLE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper le flux d'effectifs (départ en retraite, turn-over,...) ▪ Anticiper les besoins en effectifs par métier ▪ Anticiper les écarts (sur effectif, sous effectif) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper l'évolution des compétences requises de chacun des métiers ▪ Identifier les métiers qui vont évoluer : métiers en déclin, métiers émergents, métiers en évolution 	GESTION PREVISIONNELLE

Dans le cadre d'une telle démarche, l'AAH pourrait notamment -nécessairement- contribuer à l'identification des métiers et des emplois de l'établissement, des effectifs par métier et emploi, mais aussi à l'identification des compétences requises par métier/par emploi, à l'évaluation des niveaux de compétences des personnels et au repérage des compétences critiques.

C'est à cette fin qu'il m'a été confié la réalisation d'une cartographie des effectifs au cours des deux stages réalisés au sein de la direction des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement. Il s'agit d'un outil partagé entre la DRH, la direction des soins ainsi que les cadres supérieurs et cadres de santé, permettant de suivre l'évolution des effectifs en équivalent temps plein affecté selon une répartition par grade, statut, pôle et unité fonctionnelle. La mise en place de cet outil, effective depuis le mois d'octobre, a fait l'objet de plusieurs sessions de formation auprès des cadres supérieurs et cadres de santé. Il s'agit donc d'un premier support permettant d'identifier les effectifs et le cas échéant les besoins pour, à termes, permettre l'identification des besoins en matière de compétences.

La notion de compétences revêt dès lors une dimension importante voire indispensable. En effet, la compétence est indissociable de l'action : être compétent c'est « savoir agir » de façon pertinente dans une situation de travail. Elle est à la fois une ressource opérationnelle, un développement individuel et une construction collective. La compétence n'est pas une agrégation de savoirs, de savoir faire et de savoir être mais un mélange de ressources permettant la réalisation des fonctions. La compétence est ainsi toujours sujette à apprentissage ; elle est progressive et évaluable au travers de degrés de maîtrise.

Une meilleure définition des besoins en compétences peut ainsi conditionner la qualité de l'accueil et surtout de l'intégration d'un nouvel arrivant car elle permettrait d'éviter « les erreurs de casting ». Cette phase est nécessairement une affaire transversale : il convient donc qu'elle puisse être formalisée par l'élaboration d'une procédure type de recrutement d'un agent dans le cadre de l'expression d'un besoin par un pôle²⁹.

En résumé, la mise en place de nouveaux outils de pilotage des ressources humaines telles que la GPMC et une meilleure identification des besoins favoriserait une meilleure

²⁹ cf. annexe 6

intégration des nouveaux personnels. Ils permettraient de mieux cibler les recrutements. L'établissement est entré dans une telle démarche, il importe donc qu'il la finalise sans nécessairement attendre l'arrivée d'un nouveau directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales.

Bien évidemment, au regard de la pénurie des personnels (cf. supra), d'autres dispositifs ou outils peuvent aussi contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et d'intégration de l'établissement. Ces derniers concernent notamment la formation, élément indissociable du dialogue social.

3.1.3 Développer, poursuivre le dialogue social... en valorisant le travail des personnels et la formation

La formation continue des personnels est un droit statutaire. Parfois négligée par le passé, elle revêt dorénavant une dimension importante. En effet, même si, tel qu'il l'a été évoqué précédemment, une meilleure identification des besoins permet de mieux cibler les recrutements, celle-ci ne permet pas pour autant de trouver le profil recherché. Il convient donc que les agents puissent bénéficier de formations complémentaires indispensables à l'exercice de leurs fonctions.

Il existe à ce titre un outil informatique permettant de mieux gérer le volet de la formation. Celui-ci est en cours de déploiement dans l'établissement : GESFORM WEB. Ce logiciel, édité par l'ANFH, est déployé dans plus de 600 établissements dont la totalité des centres hospitaliers universitaires.

Il s'agit d'une migration de l'application GESFORM permettant ainsi un allègement de son déploiement tout en facilitant sa déconcentration auprès des cadres de proximité et, cela, notamment au regard de la mise en place des pôles d'activités. Cette dernière a en effet conduit les cadres à assurer de nouvelles activités telles que le suivi prévisionnel et la réalisation des plans de formations.

L'outil est ainsi composé de fiches par fonctionnalité pouvant être remises à chaque utilisateur selon les fonctionnalités utilisées. Les objectifs d'un tel outil sont les suivants :

- ◆ donner aux cadres l'accès aux données de la formation continue,

- ◆ donner une information en temps réel,
- ◆ cibler les données d'une structure,
- ◆ faciliter la déconcentration de la gestion de la formation,
- ◆ recueillir des besoins,
- ◆ faciliter les inscriptions.

Il dispose pour ce faire des deux modules suivants : un module « formation » et un module « GPMC ». Il est donc tout à fait complémentaire des éléments cités précédemment et même ci-après. En effet, le déploiement de cet outil devrait également favoriser la mise en place des parcours individualisés de formation.

De tels parcours reposent sur la nécessité de prendre en compte les compétences d'un nouvel agent à son arrivée, de lister celles qu'il doit consolider et/ou développer afin de s'intégrer au plus vite à l'équipe. Bien évidemment, l'homogénéité et la cohésion d'équipe sont recherchées. Pour les personnels, il peut s'agir d'une certaine forme de reconnaissance de leur travail.

Enfin, l'établissement est entré dans une démarche visant à prévenir les risques psychosociaux en lien avec les représentants des personnels. En effet, l'absentéisme au sein de l'établissement est élevé : après deux années de baisse (cf. en 2010 et 2011), il a augmenté au cours du premier semestre 2012. Le taux d'absentéisme global est ainsi de 13,3% dont :

- ◆ **5,1%** pour accident de service,
- ◆ **3,3%** pour maladie ordinaire,
- ◆ **3,6%** pour congé de longue maladie et de longue durée,
- ◆ **1,3%** pour maternité (y compris les arrêts pour maladie ordinaires imputables à un état de grossesse)³⁰.

Selon les personnels rencontrés dans le cadre d'entretiens conduits pour la réalisation de ce mémoire ou « dans les couloirs », le climat social de l'établissement serait de qualité. Celui-ci serait du en partie à l'implication de l'ensemble des agents, à l'appropriation par chacun des enjeux institutionnels et à un nombre relativement faible d'arrêts pour maladie ordinaire. Sur ce dernier élément, des réserves peuvent être exprimées : quel est le taux d'évolution des arrêts pour maladie ordinaire dus à un état de grossesse ?

³⁰ Il apparaît en effet que les femmes enceintes sont presque toutes systématiquement en arrêt maladie, du fait de leur état, avant le début du congé maternité. L'établissement considère donc cette maladie ordinaire comme faisant partie de la maternité.

Une telle démarche est donc tout à fait intéressante notamment au regard d'une charge physique de travail de plus en plus lourde mais également une charge émotionnelle et psychologique jusqu'alors non considérée.

3.2 Une meilleure coordination des acteurs clés

Des actions existent, des projets sont en cours (certains devront prioritairement être menés à leur terme) mais peu d'entre eux sont articulés entre directions fonctionnelles.

Il semble donc indispensable d'améliorer la coordination entre les acteurs clés : directeur, directeur des ressources humaines, directeur des soins, autres directeurs fonctionnels, cadres supérieurs et cadres de santé.

3.2.1 La fonction recruteur pour tendre vers une harmonisation des procédures et des différents dispositifs

Cette coordination pourrait ainsi faire l'objet d'une nouvelle fonction au sein des établissements publics de santé : la fonction de recruteur. Celle-ci serait bien entendu assurée par un attaché d'administration hospitalière qui aurait ainsi en charge la coordination et l'harmonisation des différents dispositifs d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants.

Une telle fonction requiert en effet l'ensemble des compétences de l'AAH : management, expertise en fondamentaux de gestion, relais et mise en œuvre des stratégies,... Elle nécessite également la prise en compte des aspects démographiques, de gestion et de qualité.

Présente dans le monde de l'entreprise, elle n'existe pas ou peu dans le secteur public. Dès lors et, cela, dans une perspective de développement RH, la fonction recrutement pourrait être créée. Elle serait composée de deux activités principales :

- ♦ assurer une **mission opérationnelle de recrutement** en structurant les processus de gestion des candidatures, en aidant à la communication de recrutement (ex : relations avec les IFSI auprès des futurs diplômés, rédaction d'annonces,...) et en effectuant les recrutements (en lien avec les

responsables des services concernés) puis en accompagnant l'intégration dans la structure,

- ◆ prendre en charge un rôle plus transversal de **conseil et d'accompagnement** auprès des services demandeurs en matière d'évolution des effectifs et de recherche de compétences.

S'appuyant ainsi sur le référentiel des métiers et des compétences, des fiches métiers pourraient être définies, bien évidemment dans le cadre d'une nécessaire transversalité avec les directions fonctionnelles, les pôles, les services ou les unités fonctionnelles. La définition et l'expression des besoins ainsi définies, formalisées, permettrait de cibler de meilleure façon les recrutements et/ou les formations.

En outre, les évolutions réglementaires (relatives par exemple aux dispositions statutaires des agents) nécessitent la mise en place d'une veille réglementaire. Une telle fonction occuperait donc un rôle majeur car elle se situerait au cœur de toutes les problématiques de la gestion des ressources humaines.

Pour conduire à bien cette mission, le recruteur pourra utiliser les outils mis en place par l'établissement (GPMC, outils informatiques tels que GESFORM WEB, cartographie des effectifs...) mais aussi en utiliser d'autres, notamment un logigramme ou bien encore le rapport d'étonnement.

Le logigramme est en effet un outil d'analyse qui permet une représentation graphique, sous la forme d'un réseau de symboles, des activités constitutives d'un processus. Cet outil, applicable à tout domaine, vise à illustrer l'enchaînement logique et chronologique toutes les opérations d'un processus. Outre cet aspect, un logigramme permet également d'identifier les dysfonctionnements au sein des processus décrits.

D'apparence relativement simple, le logigramme répond à une symbolique et à des règles précises pour assurer une description correcte et précise des processus. Ces règles concernent l'identification des différentes composantes du logigramme : les acteurs (individus, groupes, systèmes), les entrées (ou inputs) et les sorties (outputs) du processus et les activités du processus (décrites par un verbe et un complément)

L'intérêt et L'utilisation du rapport d'étonnement seront abordés ci-après.

Pour conclure sur ce thème, la fonction recruteur est une fonction d'avenir. Il s'agit en effet de rechercher et sélectionner de la main d'œuvre souvent très qualifiée, disposant

de compétences spécifiques. Cette activité doit ainsi permettre la professionnalisation de la fonction de recrutement. Encore une fois, dans un tel contexte, l'AAH pourrait parfaitement occuper ce type de fonction au regard de ses missions et de ses compétences dans le cadre d'une transversalité.

3.2.2 Renforcer le tutorat... voire le transformer en compagnonnage

Le tutorat est mis en place au sein de l'établissement. Celui-ci se présente généralement sous la forme d'un soutien, d'un accompagnement au cours de la première semaine de prise de fonctions par le nouvel arrivant.

Au travers des différents entretiens conduits, il s'est avéré que le tutorat, tel que formalisé à l'établissement, n'apporte pas ou peu de plus value en termes d'intégration. En effet, la durée de celui-ci est trop courte et ne permet pas, pour le nouvel arrivant, d'appréhender toutes les situations notamment en termes de pathologies saisonnières par exemple. En outre, il semble que le tutorat soit plus ou moins différent selon les secteurs d'activité et selon le statut du nouvel arrivant. Un cadre de santé (ou apprenant cadre) bénéficie ainsi d'un véritable accompagnement alors que les personnels soignants bénéficient tout au plus d'une semaine de tutorat. Quant aux personnels affectés dans les services techniques ou administratifs, le tutorat n'existe pas véritablement.

Dans un tel contexte, il importe qu'il puisse évoluer : le rôle de tuteur pourrait ainsi être valorisé et le tutorat pourrait se transformer en accompagnement voire en compagnonnage.

Très présent dans le monde médical, le compagnonnage est peu répandu chez le personnel non médical. Très concrètement, il s'agit d'un mode d'apprentissage reposant sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et ses savoir-faire. En permettant ainsi l'acquisition des règles de fonctionnement et des valeurs d'organisation, cette modalité facilite pleinement l'intégration des nouveaux arrivants.

Pour qu'il soit réalisé de manière efficiente, le compagnonnage doit suivre un processus bien défini en s'appuyant notamment sur une clarification des objectifs poursuivis et des rôles de chaque acteur, ainsi que sur une forte implication de la hiérarchie. Un contrat « tuteur/tutoré » pourrait ainsi être rédigé et conclu. De la même manière, cette forme

d'apprentissage ne serait pas limitée dans le temps : le nouvel arrivant pourrait parfaitement faire appel à « son référent » dès lors qu'une situation l'exige.

Quel serait le rôle d'un attaché d'administration dans le cadre d'une telle démarche ? Au-delà de l'aspect formel, c'est-à-dire l'élaboration de ces contrats, il pourrait favoriser le décroisement des services en incitant les agents en poste à accompagner leurs nouveaux collègues durant cette phase d'apprentissage (et faire en sorte que cela ne soit pas toujours les mêmes). En outre, il pourrait suivre l'évolution des actions ainsi mises en œuvre en définissant des indicateurs sur les bénéfices et les limites de ces actions.

*
* *

Cette dimension d'évaluation est impérative. En effet, c'est à la lecture des résultats qu'il sera possible d'apporter, le cas échéant, des correctifs.

3.3 Evaluer régulièrement la politique d'accueil et d'intégration

La politique d'accueil et d'intégration d'un établissement de santé (ou d'une quelconque entreprise) renvoie à l'image d'une entité et à l'identification à un groupe et à une communauté. Il importe donc que celle-ci puisse évoluer pour s'inscrire ainsi dans une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.3.1 Etendre le rapport d'étonnement aux professionnels

L'accueil et l'intégration est une problématique fondamentale pour les établissements de santé au regard, tel qu'il l'a été précisé, de la pénurie de personnels et des besoins en compétences (nouvelles). La ressource humaine se raréfiant, il importe donc de pouvoir la fidéliser en faisant notamment preuve d'initiative, de créativité, de dynamisme et de réactivité.

Cette évolution conduit ainsi les structures à rechercher de plus en plus l'implication et la participation de ses agents. Dans le secteur privé, un outil de management est couramment utilisé pour favoriser la participation de ses personnels : il s'agit du rapport d'étonnement.

Le rapport d'étonnement est un outil de management des ressources humaines visant à :

- ◆ développer la curiosité et la capacité d'étonnement des nouveaux et profiter de leur regard neuf pour découvrir de nouvelles idées,
- ◆ encourager la créativité au sein de l'entreprise,
- ◆ favoriser l'intégration et le sentiment d'appartenance des nouveaux agents dans l'entreprise.

Cette définition est issue d'un article de M. RAISON. Selon lui, le rapport d'étonnement est « *une démarche participative qui vise à intégrer le nouveau collaborateur dans son nouvel environnement de travail en suscitant sa curiosité, en favorisant sa créativité et en pratiquant l'écoute active. Il vise aiguiser la curiosité et la capacité d'étonnement de la nouvelle recrue* ». ³¹

Très concrètement, il pourrait donc être envisagé d'informer le nouvel arrivant qu'il sera invité à rédiger un rapport d'étonnement qu'il remettra à son tuteur, au cadre de santé du service, à sa direction fonctionnelle de rattachement ainsi qu'à la direction des ressources humaines et des affaires médicales (en l'occurrence au « recruteur »). Un tel rapport pourrait ainsi être remis après un mois de fonctions afin de permettre au nouvel arrivant d'avoir le temps de s'interroger, de s'étonner et de poser des questions.

Les bénéfices d'un tel document sont multiples :

- ◆ permettre au nouveau collaborateur de se sentir valorisé, de s'impliquer dans son travail et bien évidemment de s'intégrer au plus vite dans la structure dans le cadre d'une relation de confiance,
- ◆ refléter l'image selon laquelle l'établissement attache une certaine importance à la participation de tous à l'amélioration de son propre fonctionnement.

Bien évidemment, une telle démarche impliquerait un travail supplémentaire pour le nouvel arrivant. Il pourrait donc être mal perçu par celui-ci mais aussi par les « anciens du service » : ces derniers pourraient en effet voir dans ce rapport une critique malveillante

³¹ RAISON M., « Le rapport d'étonnement, un outil créatif pour intégrer les nouveaux », *Soins cadres*, août 2004, n°151, p.72

de leurs pratiques. En outre, la généralisation d'un tel outil³² pourrait diminuer l'intérêt d'un tel rapport.

Au-delà de ces réserves et pour prévenir ces risques, le rapport d'étonnement pourrait être formalisé au moyen d'une liste de question, liste que propose par ailleurs M.

RAISON :

- ◆ qu'est-ce qui vous a le plus étonné dans l'établissement/service ?
- ◆ selon vous, quels sont les points forts de l'établissement/service ?
- ◆ quels sont leurs points faibles ?
- ◆ selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou modifié ?
- ◆ que changeriez-vous dans l'établissement/service ?
- ◆ quels sont les points positifs et négatifs dans les relations avec les patients ?
- ◆ et dans les relations humaines ?
- ◆ qu'est-ce qui pourrait ainsi être amélioré ?
- ◆ quels sont les enjeux de votre nouvelle fonction ?
- ◆ quelles sont les qualités pour réussir dans votre fonction ?

Il est également nécessaire de souligner que le rapport d'étonnement n'a pas vocation à être une évaluation de la politique d'accueil et d'intégration mise en place par l'établissement. En effet, dans le cadre de la demi-journée d'accueil et d'intégration, un questionnaire d'évaluation est remis à tout nouvel agent (cf. supra). Ce document donne lieu à un traitement des résultats qui débouchent sur des améliorations.

En effet, l'analyse effectuée sur les trois derniers questionnaires présente des résultats relativement satisfaisants : les différents items ont, globalement, des appréciations favorables. Toutefois, ceux relatifs à la remise du livret d'accueil, aux règles de fonctionnement du circuit linge, du circuit déchets et du self sont nettement moins bien évalués et, cela, pour les trois questionnaires. Ces aspects ont été pris en considération puisque les fonctions linge et déchets furent présentées lors de la session du 11 octobre dernier. On constate dès lors que le contenu de la demi-journée d'accueil et d'intégration est ajustable, révisable ou modifiable en fonction des résultats du questionnaire. Mais ce même contenu est-il pour autant plus dynamique et participatif ?

Le rapport d'étonnement pourrait donc être un complément au questionnaire dans la mesure où il constituerait un nouvel outil dans le cadre d'une approche du management

³² à ce jour, seuls les cadres de santé sont invités à rédiger un rapport d'étonnement ((cf. § 1.2.2)

participatif et de démarche qualité. Les points « négatifs » relevés par les nouveaux arrivants pourraient faire ainsi l'objet d'une thématique au cours de la demi-journée d'accueil et d'intégration.

Il reviendra néanmoins au prochain directeur (ou directrice) de la direction des ressources humaines et des affaires médicales d'apprécier l'intérêt de mettre en œuvre un tel outil.

3.3.2 Mettre en place différents indicateurs de gestion des ressources humaines

A la demande du Ministre chargé de la santé, un rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements a été publié en janvier 2011. Il s'agissait de dresser un bilan « *sur les pratiques de gestion des personnels et leur parcours de carrière, les évolutions majeures qui ont affecté le fonctionnement des établissements de santé ces dernières années, notamment la délégation de gestion, qui rendent nécessaire de renouveler l'approche de la gestion des ressources humaines dans ces établissements* »³³.

Ce rapport contient un chapitre sur les outils de pilotage et les indicateurs de gestion des ressources humaines. Si tous ne sont pas transposables au centre hospitalier, certains peuvent en revanche être mis en place.

Des indicateurs pourraient être ainsi élaborés et suivis autour de la fonction « recrutement ». De tels indicateurs porteraient ainsi sur :

- ◆ les délais d'embauche (temps entre l'expression du besoin et la prise effective de fonctions),
- ◆ sur le ratio entre le nombre de candidatures parvenues/examinées et le nombre de candidatures retenues,
- ◆ sur la pérennisation du recrutement (nombre de nouveaux arrivants dans la structure au bout d'un an),
- ◆ sur le coût moyen du recrutement.

³³ Courrier de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports, 17 mai 2010

Des indicateurs relatifs à la formation pourraient également être envisagés notamment au regard des formations complémentaires que devront bénéficier les nouveaux arrivants afin de développer les compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions :

- ◆ sur le montant consacré à la formation,
- ◆ sur le ratio budget prévisionnel/dépenses réelles,
- ◆ sur le nombre de professionnels bénéficiant de formations, ratio entre le nombre de professionnels disposant des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions et le nombre de professionnels à former.

Il serait également opportun d'avoir des indicateurs relatifs au climat social :

- ◆ sur le « turn-over » : nombre et motifs (démission, mutation, retraite, demandes de changements de services...) de départs des agents, rotation des équipes ou des personnels par pôle, par service,
- ◆ sur l'ancienneté et la stabilité des recrutements : ancienneté moyenne des personnels (ratio moyenne établissement/moyenne par service)
- ◆ sur l'absentéisme : répartition par service, motifs, durée moyenne...

Cette énumération d'indicateurs n'est bien évidemment pas exhaustive. La mise en place de certains d'entre eux dépendent des orientations qui seront retenues par le prochain directeur (ou directrice) des ressources humaines et des affaires médicales de l'établissement (cf. fonction recrutement). D'autres dépendent de leur faisabilité en termes d'informatique. Ils devront par ailleurs nécessairement être mis en corrélation avec les données issues des enquêtes de satisfaction auprès des usagers.

Enfin, il s'agira dans tous les cas de créer des dispositifs d'alerte afin d'adapter la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants et, cela, au regard de l'obligation de disposer, toujours, des ressources humaines nécessaires pour que l'établissement remplisse sa mission : répondre au mieux aux besoins de ses patients.

Conclusion

Que cela soit au regard de contraintes réglementaires ou par une prise de conscience institutionnelle des enjeux de la fidélisation de ses agents, la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants du centre hospitalier dispose de véritables atouts.

Elle est formalisée, structurée et évolutive. Les différents projets en cours au niveau de la direction des ressources humaines et des affaires médicales auront un impact, à terme, sur les futurs recrutements et *a fortiori* les modalités d'accueil et d'intégration (ex : mise en place de la GPMC et la recherche d'adéquation entre compétences et besoins).

L'établissement a ainsi pleinement pris conscience des enjeux de la gestion des ressources humaines : son attractivité est réelle et il n'hésite pas à s'engager dans les réformes notamment afin de maintenir un taux d'attractivité important. Elle contribue par ailleurs à sa bonne image, facteur favorable à son attractivité.

Les limites de sa politique d'accueil et d'intégration peuvent par ailleurs être résolues avec plus ou moins de rapidité/facilité. Que cela soit par une meilleure coordination des différents acteurs, une meilleure identification des besoins, la généralisation du rapport d'étonnement ou encore la création de la fonction « recruteur » au sein de la direction des ressources humaines et des affaires médicales, fonction qui pourrait être assurée par un AAH, la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants de l'établissement se montrera plus réactive et dynamique.

Cependant, la réflexion se trouve relativement limitée au regard d'incertitudes et d'interrogations à plusieurs niveaux.

En effet, en termes de gestion des ressources humaines et de politique d'accueil et d'intégration, il n'a pas été possible de définir un calendrier pour les propositions d'actions. Un quelconque calendrier aurait été en effet incompatible avec l'absence actuelle de directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales.

Ce dernier retiendra-t-il notamment l'idée de créer la fonction recruteur au sein de l'établissement ? Et si oui, confiera-t-il une telle fonction à l'attaché d'administration

hospitalière, pourtant en mesure de l'assurer (sous réserve qu'une partie de ses activités puissent être « transférées », notamment aux adjoints des cadres hospitaliers) ? Ces interrogations valent également pour l'ensemble des propositions d'actions.

A ce jour, il n'est pas en effet possible d'anticiper, de présager quelle sera l'organisation effective mise en place d'une part, par le directeur durant cet intérim et, d'autre part, à l'arrivée du futur directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales qui aura, probablement, ses propres idées d'organisation, de fonctionnement et « ses » priorités.

Par ailleurs, si la réflexion n'a porté que sur le personnel non médical, c'est en raison de la fragilité du secteur « affaires médicales » de la direction des ressources humaines. L'adjoint des cadres hospitaliers nouvellement arrivé, en remplaçant d'un AAH, est en phase d'apprentissage de son nouveau métier. En outre et, cela, sans lien de causalité, l'établissement ne jouit pas de la même attractivité au niveau des personnels médicaux. Au contraire, le nombre de praticiens titulaires exerçant dans la structure est même inquiétant. Aussi, peut-être aurait-il été intéressant d'étudier les raisons pour lesquelles il existe une telle disparité entre personnel non médical et personnel médical.

La stabilisation de ce secteur est un des axes de développement de cette direction. Il semble donc particulièrement opportun d'atteindre cet objectif rapidement. Il est par ailleurs possible de penser qu'une telle politique d'accueil et d'intégration serait plus difficile à mettre en œuvre pour les personnels médicaux. Hormis les aspects d'ordre administratif et logistique, une telle politique serait (plutôt) à conduire par la communauté médicale de l'établissement sous l'égide et en partenariat avec le président de la commission médicale d'établissement.

Le métier d'attaché d'administration hospitalière au sein d'une direction des ressources humaines et des affaires médicales est un métier difficile mais particulièrement passionnant. Il permet non seulement d'être au cœur des stratégies mais aussi d'avoir une vision globale de la structure. La contribution, la participation d'un AAH au sein d'une telle direction fonctionnelle sont évidentes.

Pour conclure, l'étude ainsi réalisée a permis d'une part, de découvrir un nouveau métier et, d'autre part, de me conforter dans le choix de ma future affectation. La problématique

et les enjeux liés à la démographie médicale seront nécessairement des préoccupations permanentes.

Au regard ainsi des difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels médicaux (issus de la pyramide des âges des effectifs médicaux, de la dérive de recours aux praticiens remplaçants et à la montée exponentielle des agences d'intérim notamment), il s'agira, en lien avec les différents acteurs concernés, de pérenniser et renouveler les effectifs afin que l'établissement assure pleinement ses missions de service public.

*

* *

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°2004-391 du 4 mars 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique
- Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique

OUVRAGES

- DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière*, vol 1, Presses de l'EHESP, 2011, 1023 p.
- MINNAERT M-F., MULLER J-L., *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, MASSON, 2004, 136 p.

RAPPORTS

- UNION NATIONALE INTERFEDERALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX (UNIOPSS), *Le recrutement et l'intégration*, 2009, 32 p.
- TOUPILLIER D., YAHIEL M. Centre national de gestion et Ministère du travail et de l'emploi, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, janvier 2011, 133 p.
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX (ANAP), *Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées*, avril 2011, 88 p.
- HULIN A., *Le tutorat : un outil d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés en entreprise*, CERMAT, IAE de Tours

ARTICLES

- MARTIN D., *Accueil, insertion pour quoi faire ? Gestions hospitalières*, n°346, mai 1995
- STOERKEL N., *Le rapport d'étonnement, nouvel outil de management des établissements de santé*, *Recherches en soins infirmiers* n°91, décembre 2007
- RAISON M., *Le rapport d'étonnement, un nouvel outil créatif pour intégrer les nouveaux*, *Soins cadres* n°51, août 2004

MEMOIRES ET THESES

- TESTENIERE F., *L'accompagnement comme facteur d'intégration des nouveaux professionnels infirmiers*, Mémoire ENSP, 2002
- DESCHAMPS O., *Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels à l'hôpital : un enjeu majeur des ressources humaines*, Mémoire ENSP, 2006
- RICHARD I., *Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux Hospices Civils de Lyon*, Mémoire ENSP, 2008
- ORSATELLI J-M., *L'optimisation du processus de recrutement : un levier de performance hospitalière ?*, Mémoire EHESP, 2011
- VIDAL L., *Recrutement/Accueil/Intégration : un processus gagnant pour fidéliser les nouveaux professionnels au Centre Hospitalier de Trévoux*, Mémoire EHESP, 2011

RESSOURCES INTERNET

- www.anap.fr
- www.ch-saumur.fr
- www.has-sante.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

SUPPORTS DE COURS EHESP

- CADHILAC X., *Le recrutement dans la FPH : cadres théoriques et aspects pratiques*, support de cours EHESP, avril 2012

Liste des annexes

- Annexe 1 : Extrait du manuel de certification v2010, critère 3b
- Annexe 2 : Grilles d'entretien
- Annexe 3 : Calendrier des actions à conduire dans le cadre de la problématique de l'accueil et de l'intégration des nouveaux arrivants
- Annexe 4 : Questionnaire relatif à l'évaluation de l'intégration de nouveaux agents
- Annexe 5 : Intégration des nouveaux arrivants, extrait de la réunion du 24/03/2011
- Annexe 6 : Procédure de recrutement d'un agent dans le cadre de l'expression d'un besoin par un pôle (exemple d'un soignant)

ANNEXE 1 : Extrait du manuel de certification v2010, critère 3b (CHAPITRE 1/Partie 2/Référence 3)

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 3

La gestion des ressources humaines

R Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Les innovations technologiques et l'évolution des pratiques nécessitent d'adapter en continu l'organisation du travail et le niveau des compétences.

Il s'agit pour les établissements de santé d'assurer la continuité des missions de l'organisation en termes d'emplois et de compétences en prenant en compte autant que possible les évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités : cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose des compétences nécessaires.

Elle intègre :

- une **dimension qualitative** (bilan de l'existant en termes d'activité, de compétences et de métiers, adéquation des compétences aux postes et aux orientations de l'établissement, arbitrage entre recrutements externes et promotion interne, détermination des facteurs d'évolution, veille sur les compétences, réflexion sur les organisations, etc.) ;
- une **dimension quantitative** (nombre d'emplois, tableau des effectifs prévisionnels, pyramide des âges, suivi des entrées/sorties, congés, etc.). Cette gestion est directement liée aux politiques de recrutement, de mobilité interne et de formation,

ainsi qu'à l'analyse des organisations de travail et à la prise en compte des conditions de vie au travail. La mise en œuvre de cette gestion (et des outils et indicateurs y afférant) pourra varier en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement.

Cette gestion prévisionnelle prend en compte et intègre la démarche de coopération entre professionnels de santé, introduite dans la loi du 21 juillet 2009, au travers des protocoles de coopération.

Le développement des compétences, qui consiste à maintenir et développer le savoir, le savoir-faire des professionnels de l'ensemble des secteurs dans une approche à la fois individuelle et collective, représente un enjeu pour les établissements.

Le développement professionnel continu désormais obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé par la loi du 21 juillet 2009 contribue au développement des compétences des professionnels.

E1 | Prévoir

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.

Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.

Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.

E2 | Mettre en œuvre

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.

Un plan de formation est mis en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.

Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

E1 | Prévoir

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

ANNEXE 2 : Grilles d'entretien

Grille d'entretien directeur des soins, cadre de santé

- 1) Que faites vous pour favoriser l'intégration des nouvelles recrues ?
- 2) Quels objectifs poursuivez-vous et quelles sont vos attentes ?
- 3) Existe-t-il un dispositif formalisé mis en place sur :
 - a. l'établissement,
 - b. le secteur,
 - c. l'unité,
- 4) Pouvez-vous me le décrire ?
- 5) Qui accompagne ?
- 6) Y'a-t-il un tutorat formalisé ou implicite ?
- 7) Existe-t-il un dispositif d'évaluation de suivi ?
- 8) Précisez le rôle joué par le cadre, par l'équipe, par vous ?
- 9) Quand dites-vous qu'une IDE est intégrée ?
- 10) Comment pouvez-vous dire qu'une IDE est intégrée au niveau de l'unité, de l'établissement ?
- 11) Analysez-vous les départs des IDE ?

Grille d'entretien « apprenants cadres »

- 1) Quel souvenir avez-vous de votre arrivée/accueil dans l'établissement ?
- 2) A quel moment avez-vous eu le sentiment d'être intégré à l'établissement ?
- 3) Selon vous, comment se passe le recrutement des agents de l'établissement ?
- 4) Comment est organisé l'accueil des agents de l'établissement ?
- 5) Pouvez-vous identifier des éléments faisant penser à une intégration réussie d'un agent ?
- 6) Pouvez-vous identifier des freins à l'intégration d'un agent ?
- 7) Comment décrieriez-vous une intégration réussie ?
- 8) Comment décrieriez-vous une intégration idéale ?
- 9) Quel bénéfice pourrait retirer l'établissement à améliorer l'accueil et l'intégration des agents ?
- 11) Quel serait l'intérêt à améliorer les modalités de recrutement ?

Grille d'entretien IDE avec ancienneté supérieure à 2 ans

- 1) Que représente pour vous l'arrivée d'une nouvelle IDE ?
- 2) Quel est le dispositif mis en place dans l'unité
- 3) Y'a-t-il un tutorat formel ou implicite ?
- 4) L'évaluation de l'agent est-elle prévue ? Qu'est-il proposé ensuite ?
- 5) Avez-vous participé au dispositif et si oui de quelles manières ?
- 6) Qu'attendez-vous de cet accueil et accompagnement ?
- 7) Quand pensez-vous qu'une IDE est intégrée ?
- 8) A votre avis, que pourrait-on améliorer dans ce processus d'intégration ?

Grille d'entretien IDE nouvellement recrutée

Date d'arrivée dans l'établissement :

Service d'affectation :

Date de diplôme :

IFSI :

Age :

- 1) Comment se sont passés vos débuts au centre hospitalier ?
- 2) Avez-vous eu connaissance du profil de poste de la fiche de poste ?
- 3) Avez-vous eu une évaluation et quand ?
- 4) Quelles ont été vos relations avec vos collègues ? l'encadrement ? les médecins ?
- 5) Avez-vous pu faire face à toutes les situations de soins ?
- 6) Qu'est ce qui vous a mis en difficulté ?
- 7) Qu'est ce qui vous a aidé ?
- 8) Qu'auriez-vous souhaité de plus ?
- 9) A quel moment vous êtes-vous senti intégrée ?
 - a. dans l'unité,
 - b. dans l'établissement ?

ANNEXE 3 : Calendrier des actions à conduire dans le cadre de la problématique de l'accueil et de l'intégration des nouveaux arrivants

OBJECTIFS GLOBAUX	ACTIONS	2009	2010	2011	2012
Révision des procédures d'accueil, d'évaluation et de tutorat	Recensement et évaluation des procédures				
	Mise en place d'une procédure institutionnelle d'accueil	→			
	Procédure d'accueil et de tutorat à formaliser au sein de chaque secteur		→		
Mise en place d'une politique d'intégration des nouveaux arrivants	Effectuer un état des lieux des procédures existantes		→		
	Etablir un questionnaire d'accueil et l'étendre			→	
	Assurer le retour au sein de l'encadrement			→	
	Insérer les résultats globaux au sein du bilan social			→	
Fidélisation des personnels	Suivi des motifs et du volume annuel de départ dans le cadre d'un bilan annuel			→	



ANNEXE 4 : Questionnaire relatif à l'évaluation de l'intégration de nouveaux agents



Centre Hospitalier de Saumur

EVALUATION INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS

Pour améliorer l'accueil des nouveaux agents, votre avis nous intéresse !

Nom : _____ Date d'entrée : _____
Prénom : _____
Fonction : _____ Service d'affectation : _____

Date de l'accueil :

Pour chaque question, entourez la case qui correspond à votre niveau d'appréciation.

1 Votre accueil

Par qui avez-vous été accueilli à votre arrivée dans le service ?

Infirmier Responsable de l'unité Aidesoignant Autre à préciser :

Un livret d'accueil vous a-t-il été remis à votre arrivée au CH de Saumur ? OUI NON NC

A votre arrivée au centre Hospitalier de Saumur, vous-a-t-on présenté :

- L'établissement OUI NON NC
- Le service OUI NON NC
- L'activité du service OUI NON NC
- Les locaux OUI NON NC
- Les membres de l'équipe OUI NON NC
- Les règles de fonctionnement
- ☐ des vestiaires OUI NON NC
- ☐ du self OUI NON NC
- ☐ du circuit linge OUI NON NC
- ☐ du circuit déchet OUI NON NC

- Avez-vous pris connaissance de votre fiche de poste ? OUI NON NC

2 Votre intégration

- L'équipe a-t-elle été disponible depuis votre arrivée ? OUI NON NC
- Avez-vous eu la possibilité de faire part de vos remarques ? OUI NON NC
- Une ou des personne(s) ressource(s) ont-elles été désignée(s) ? OUI NON NC
- Vous sentez-vous intégré(e) au service ? OUI NON NC

3 Les règles de fonctionnement

- Avez-vous eu connaissance :
 - ☐ de la conduite à tenir en cas d'incendie ? OUI NON NC
 - ☐ du planning et des règles du temps de travail ? OUI NON NC

Centre de Formation - B.P. 100 - 49403 SAUMUR Cedex - Tél : 02 41 53 30 30 - Fax : 02 41 53 30 39



Centre Hospitalier de Saumur

4 La 3^e journée d'intégration

- Votre appréciation
 - 1. Conditions de déroulement
 - Salle adaptée OUI NON NC
 - Matériel OUI NON NC
 - Durée OUI NON NC
 - Rythme OUI NON NC

 - 2. Qualité de l'animation
 - Méthodes de travail et supports pédagogiques OUI NON NC
 - Maîtrise des interventions OUI NON NC
 - Les échanges avec les intervenants sont-ils de qualité OUI NON NC

 - 3. Contenu
 - Les thèmes abordés permettent-ils de mieux comprendre les situations professionnelles OUI NON NC
 - Adaptation du contenu au niveau de connaissance du public OUI NON NC
 - Auriez-vous besoins d'informations complémentaires ? OUI NON NC

si oui lesquelles ?

- Ce temps d'intégration a-t-il répondu à vos attentes ? OUI NON NC

Avez-vous des commentaires ou des suggestions à nous adresser ?

route de Fontevraud - B.P. 100 – 49403 SAUMUR Cedex - Tél : 02 41 53 30 30 - Fax : 02 41 53 30 39

ANNEXE 5 : Intégration des nouveaux arrivants, critère 3b, extrait de la réunion du 24/03/2011

L'INTÉGRATION DE TOUT NOUVEL ARRIVANT EST ORGANISÉE

Constat de l'existant	Actions à mener
Pour le personnel médical : il existe des procédures	Les procédures sont à améliorer.
Le service du nouvel arrivant joue un rôle important en ce qui concerne l'accueil de l'agent. Dans certains services, la fiche du profil de poste est donnée au nouvel arrivant.	Il convient de s'assurer que le profil de poste est systématiquement donné. L'organisation d'un tutorat est également préconisé → envoyer un mail aux cadres pour connaître leur mode de fonctionnement.
Le bureau de la paye, donnent des informations « pratiques », lorsque le nouvel arrivant apporte ses documents administratifs, lors du recrutement.	Il convient des créer une procédure d'accueil afin que, quelque soit son interlocuteur, les mêmes informations soient données à tout nouvel arrivant.
LIVRET D'ACCUEIL : ▪ il est donné systématiquement, sauf aux étudiants qui travaillent l'été, ▪ il n'est pas à jour (la version n'y est pas indiquée).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La FHF possède un livret d'accueil riche en informations : le CH pourrait avoir ce même livret personnalisé avec un système d'intercalaires qui faciliterait les mises à jour → cela implique de connaître les flux des recrutements afin de prévoir les commandes (se renseigner du coût de ce livret), ▪ Il est possible également de le mettre en ligne via intranet, avec toutefois des limitations d'impression.
REUNIONS D'ACCUEIL : Cette réunion ne se fait plus depuis 2/3 ans, elle avait lieu 2 fois par an.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est nécessaire de remettre en place ces réunions d'accueil, à raison de 3 fois par an (les faire coïncider avec les sorties des écoles), ▪ Ces matinées d'accueil pourraient s'inspirer des journées d'accueil des étudiants de l'ISBAA : (accueil convivial autour d'un petit déjeuner, projection de films sur le CH et visite des locaux), (à voir...), ▪ Il est nécessaire de faire passer, à l'issue de cette matinée, un questionnaire de satisfaction (à récupérer en fin de réunion), afin de cibler les points à améliorer → s'inspirer de celui distribué aux internes.

Au vu de ces différents éléments, les réponses suivantes sont données :

Critère 3.b : Intégration des nouveaux arrivants					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Partiellement	Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Partiellement	L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement
COTATION	C	SCORE			35%

PLAN D' ACTIONS (À renseigner systématiquement pour les cotations C et D)		
ACTIONS D'AMÉLIORATION	ÉCHEANCIER	MODALITÉS DE SUIVI
Formaliser la procédure d'accueil	avant visite	DRH, réunion de service
Actualiser le livret d'accueil de l'établissement et acheter le livret d'accueil FHF pour compléter celui de l'établissement	avant visite	DRH, réunion de service
Mettre en place les journées d'accueil pour les nouveaux arrivants (3 fois par an) en partenariat avec les pôles de l'établissement et évaluer l'efficacité	avant visite	DRH, Service Communication

ANNEXE 6 : Procédure de recrutement d'un agent dans le cadre de l'expression d'un besoin par un pôle (exemple d'un soignant)

« logo établissement »	PROCEDURE		Référence :
	RECRUTEMENT D'UN AGENT DANS LE CADRE DE L'EXPRESSION D'UN BESOIN SOIGNANT PAR UN PÔLE		Validé par le service qualité
Rédigé par :	Revu par :	Approuvé par :	
Date :	Date :	Date :	

I. Objectif et domaine d'application

Cette procédure a pour but de formaliser la démarche du traitement d'un besoin en agent soignant d'un pôle de l'établissement.

II. Documents de référence

Selon la loi HPSY du 21 juillet 2009 et la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 constituant le titre IV du statut général des agents de la fonction publique hospitalière, les différents modes de recrutement sont les suivants :

- ◆ la mutation : complétée par la lettre circulaire n°2734 DH 8D du 17 juin 1985
- ◆ le concours sur titres : lettre circulaire DH FH3 n°127 du 14 février 1984
- ◆ le concours sur épreuves
- ◆ le recrutement temporaire de contractuels pour assurer des remplacements

III. Responsabilités

Direction des soins

Encadrement du pôle (cadre supérieur et cadres de proximité)

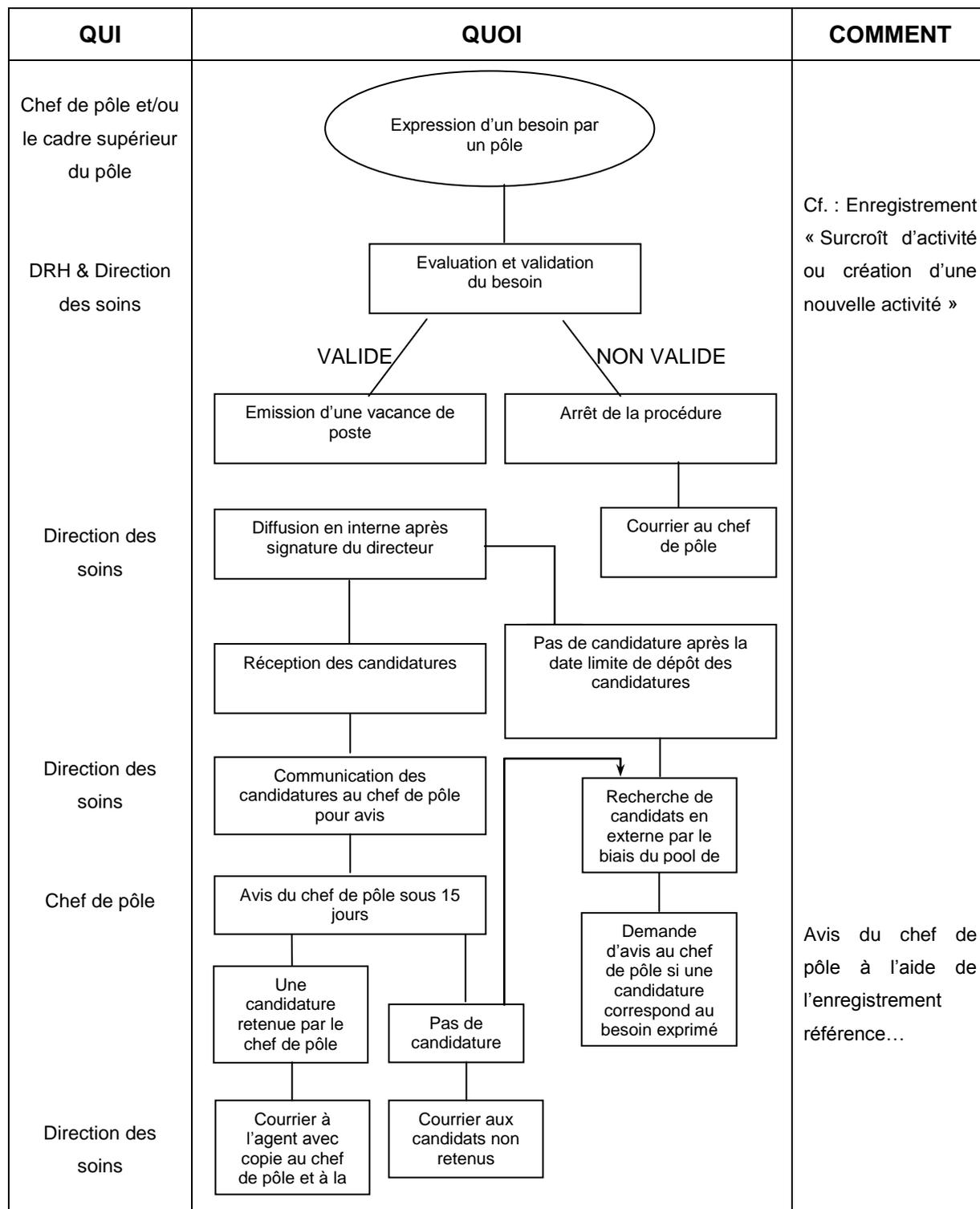
Direction des ressources humaines

Chef de pôle

IV. Méthodologie

Cf. logigramme ci-dessous.

Procédure recrutement d'un agent soignant.doc	Version n°1.0	Page : 1/2
--	---------------	------------



NB : La direction des soins et la direction des ressources humaines se réservent le droit d'affecter un agent « en difficultés sur son poste » sur un autre pôle en concertation avec les deux chefs de pôle concernés, ou leur représentant.

CRÉLOT

Frédéric

Décembre 2012

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2012

Accueil et intégration des nouveaux personnels : atouts et limites de la politique mise en place au centre hospitalier de Saumur

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé

La gestion des ressources humaines est une problématique majeure pour les établissements de santé. Elle l'est d'autant plus dans un contexte de pénurie de professionnels, de concurrence entre structures et de recherche de (nouvelles) compétences.

Le centre hospitalier de Saumur dispose d'une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants formalisée et structurée. S'inscrivant dans le cadre d'une réelle démarche qualité, l'enjeu est de permettre une prise de fonction sereine ainsi qu'une intégration réussie afin de fidéliser le nouveau professionnel.

Cette étude vise ainsi à en apprécier les atouts et les limites et, cela, au travers notamment du positionnement d'un attaché d'administration hospitalière exerçant au sein d'une direction des ressources. Conduite de manière rigoureuse, la réflexion repose sur différentes phases : approche théorique, observations/rencontres sur le terrain et analyses de données.

Il a ainsi été possible de confirmer que la politique mise en place au centre hospitalier dispose d'atouts contribuant notamment à la bonne attractivité de la structure mais qu'elle est toutefois relativement limitée.

Différentes actions d'amélioration sont proposées avec le souci de toujours s'interroger sur la contribution et le rôle d'un attaché d'administration dans le cadre d'une telle démarche.

Mots clés

ACCUEIL, COMPETENCES, COORDINATION, DIRECTION, DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, ETABLISSEMENTS DE SANTE, FIDELISATION, INTEGRATION, MANAGEMENT, PERSONNELS, PROCEDURE, QUALITE, RECRUTEMENT, TUTORAT.

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.