



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**LE RECRUTEMENT UN ENJEU STRATEGIQUE POUR
L'HOPITAL.**

**CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS DANS
LA PROCÉDURE DE RECRUTEMENT EXTERNE DES
INFIRMIÈRES**

Sylvie OUAZAN

Sommaire

INTRODUCTION

1 - CONTEXTE - PROBLÉMATIQUE.....	1
2 - HYPOTHÈSES	3

PREMIÈRE PARTIE :

LE RECRUTEMENT ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HÔPITAL

APPROCHES THÉORIQUES ET CONCEPTUELLES

1 - LES RESSOURCES HUMAINES A L'HÔPITAL : UN ENJEU STRATÉGIQUE	5
1.1 Un capital à optimiser.....	5
1.2 Un impact croissant.....	7
1.3 Un élément de la qualité	7
1.4 La pénurie est - elle réelle ?	9
1.5 Le recrutement : contrainte ou opportunité	10
2 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES À L'HÔPITAL	11
2.1 Les objectifs.....	12
2.2 Le projet social : une affirmation de l'importance de la GRH	14
2.3 La gestion administrative des agents de la fonction publique hospitalière	15
2.3.1 Cadre réglementaire.....	15
2.3.2 Définitions.....	16
2.3.3 Le Recrutement.....	17
2.3.4 La Stagiairisation.....	18
2.3.5 La Titularisation.....	18
2.3.6 L'Avancement.....	18
2.3.7 La Notation	18
3 - LE RECRUTEMENT EXTERNE	19
3.1 Définitions.....	19
3.2 Les étapes de la procédure de recrutement.....	20
3.2.1 Les préalables.....	20
3.2.2 La campagne de recrutement et les procédures de sélection.....	21
3.2.3 L'accueil et l'intégration.....	23
3.2.4 L'évaluation.....	23
4 - LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES.....	23
4.1 Un concept au développement progressif.....	23
4.2 La compétence	24
4.3 Manager les compétences des nouveaux infirmiers.....	25

4.4	La définition de la GPEC.....	26
4.5	Les enjeux de la GPEC	27
4.6	Les étapes de la GPEC.....	28
5	LE DIRECTEUR DES SOINS ET LA GRH.....	29
5.1	Le cadre réglementaire de l'exercice de la fonction	29
5.2	Les domaines d'action	29

DEUXIÈME PARTIE :

L'ENQUÊTE DE TERRAIN SUR LE RECRUTEMENT EXTERNE DES INFIRMIÈRES

1	LE CADRE DE L'ÉTUDE	32
2	LA MÉTHODE.....	32
2.1	L'étude des données administratives.....	33
2.2	Les entretiens	33
2.2.1	Choix de la population.....	33
2.2.2	Choix des outils	33
2.2.3	Taille de l'échantillon.....	34
2.2.4	Réalisation des entretiens semi-directifs	34
2.2.5	Exploitation.....	34
3	ANALYSE DES DONNÉES ADMINISTRATIVES	35
3.1	Bilan social	35
3.2	Projet social.....	39
3.3	Projet du service infirmier	40
4	RÉSULTATS DES ENTRETIENS	40
4.1	Identification de la Politique de recrutement	40
4.2	Identification de la GPEC.....	41
4.3	Identification de la collaboration DRH et DS.....	41
4.4	Identification de la démarche de recrutement réalisée.....	41
4.4.1	Le déclenchement de la procédure de recrutement	42
4.4.2	La sélection du candidat	42
4.4.3	L'affectation	44
4.4.4	l'accueil et l'intégration dans l'établissement	45
4.4.5	L'accueil et l'intégration dans les services d'affectation.....	46
4.4.6	L'évaluation.....	52
4.5	Synthèse	53
4.5.1	Recensement des pratiques rencontrées et des ressources disponibles	53
4.5.2	Synthèse des données	54
5	ANALYSE DES RÉSULTATS	55
6	CONCLUSION DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN.....	61

TROISIÈME PARTIE :

PROPOSITIONS D' ACTIONS ET CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA PROCÉDURE DE RECRUTEMENT EXTERNE DES INFIRMIÈRES

1 - LES PRÉALABLES À METTRE EN PLACE.....	64
1.1 Une gestion partagée DRH – DS.....	64
1.2 Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences a développer.....	65
1.3 Une politique affichée de mobilité du personnel	66
1.4 Une politique de recrutement définie et évolutive	66
1.5 Des profils de fonction, de service et de poste généralisés.....	67
2 - PLAN D' ACTIONS INSTITUTIONNEL : PROPOSITIONS	68
2.1 Inscrire le projet dans une logique institutionnelle.....	68
2.2 Formaliser la procédure de recrutement externe	69
2.2.1 Définition des besoins	69
2.2.2 Une démarche de sélection coordonnée	69
2.2.3 Une démarche d'intégration en 3 étapes	71
2.2.4 L'évaluation de l'agent	75
3 - LE RÔLE DU DS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET.....	76
3.1 Les fondements de l'action	76
3.1.1 Le recrutement, un dossier partagé	76
3.1.2 L'infirmier acteur de sa compétence	76
3.1.3 Les cadres au cœur de la démarche d'intégration	76
3.1.4 Le dialogue social indispensable à la bonne marche de l'institution	76
3.2 Stratégie	76
3.2.1 Fédérer les soignants autour du projet : le management par projet	76
3.2.2 Instaurer une démarche participative.....	77
3.2.3 Assurer la mise en œuvre et le suivi du projet	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES ANNEXES	86

Liste des sigles utilisés

A N A E S	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CHG	Centre hospitalier général
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CSI	Cadre supérieur infirmier
CSSI	Commission du service des soins infirmiers
Le DRH	Le directeur des ressources humaines
La DRH	La direction des ressources humaines
Le DS	Le directeur des soins
La DS	La direction des soins
FHP	Fonction publique hospitalière
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	Gestion des ressources humaines
IDE	Infirmier/infirmière
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
RH	Ressources humaines

INTRODUCTION

1 - CONTEXTE - PROBLEMATIQUE

Le recrutement est actuellement au carrefour de préoccupations qui peuvent paraître contradictoires.

La maîtrise des coûts est un objectif primordial. L'équilibre budgétaire est de plus en plus difficile à obtenir. Restructurer, mutualiser, optimiser les moyens s'impose pour les équipes de direction hospitalière. Sachant que le personnel représente entre 70 et 80 % du budget, les conséquences semblent évidentes, diminuer les effectifs, améliorer l'organisation, favoriser la polyvalence par exemples. Par contre, l'exigence qualité se développe imposant un personnel nombreux, compétent spécialisé qui doit assurer une charge de travail qui augmente du fait de la mise en place de nombreuses procédures, telle que l'hémovigilance, mais aussi du fait de l'accroissement de la technicité dans le traitement des patients.

Deux données supplémentaires sont venues compliquer récemment la problématique : la mise en place de la réduction du temps de travail impliquant, à activité égale, une augmentation des effectifs et les problèmes de démographie infirmière, nombreux départs à la retraite, pénurie du marché de l'emploi.

De ce fait la place des recrutements devient de plus en plus prégnante dans les établissements de santé. Les hôpitaux ont besoin de recruter, ce qui n'est pas pour beaucoup sans difficulté. Ils ont aussi besoin d'intégrer ce nouveau personnel. Les enjeux sont donc multiples, maintien des effectifs en lien avec l'activité, maintien de la qualité des soins, adaptation des compétences, optimisation des ressources.

Le recrutement est un acte de management lourd. Il signifie sélectionner un salarié, lui permettre de s'intégrer, de s'adapter à son poste de travail et d'évoluer en fonction de ses aspirations et des besoins de l'entreprise. Le recrutement devient le premier principe d'une réelle politique de gestion des ressources humaines car on ne peut pour chaque soignant recruté faire un pari incertain sur l'avenir.

Ceci impose aux responsables, directeur des ressources humaines et notamment au directeur des soins, responsable des activités de soins, de construire un projet dynamique de recrutement et de développement des compétences.

C'est dans ce contexte difficile que nous aborderons, en tant que directeur des soins, le recrutement externe des infirmières¹.

Le seul critère quantitatif, l'obtention d'un effectif, ne peut être retenu. L'association de critères qualitatifs, les compétences et leur gestion, est à nos yeux indispensable. Notre travail s'intéressera essentiellement à l'aspect qualitatif, c'est à dire comment optimiser le recrutement de ce nouveau personnel.

Toute personne nouvellement recrutée doit s'intégrer dans une organisation, puis s'adapter et évoluer. C'est ainsi qu'elle pourra développer un sentiment d'appartenance à l'institution et rendre le meilleur service aux patients. **L'objectif visé étant la bonne personne au bon endroit pour donner le soin le plus efficace et adapté à la personne soignée.**

Toutes les catégories professionnelles sont concernées, nous avons choisi de cibler notre étude sur les infirmières. Le contexte du marché de l'emploi actuel permet de penser que les recrutements infirmiers seront externes, sous forme de contrat dans un premier temps et essentiellement avec de nouvelles diplômées du fait de l'augmentation des quotas dans les instituts de formation.

Ainsi pour maintenir et accroître la qualité des soins dispensés aux patients et préparer l'avenir des hôpitaux l'optimisation des recrutements devient une préoccupation importante du directeur des soins.

¹ Lire partout infirmier et infirmière

Le recrutement ne constitue pas une science exacte car il repose en partie sur la qualité des relations humaines difficiles à mesurer. Toutefois l'existence d'une procédure reposant sur des outils cohérents devrait permettre de réduire les aléas.

En tant que futur directeur des soins responsable du service infirmier, garant de la qualité des soins dispensés, participant en collaboration avec la direction des ressources humaines au recrutement, proposant l'affectation des nouveaux soignants, notre responsabilité se trouve engagée vis-à-vis de l'institution, de l'agent et aussi et surtout du malade.

Ces éléments confrontés à notre expérience professionnelle induisent le questionnement professionnel suivant :

Comment, en tant que directeur des soins, construire et mettre en place une procédure de recrutement et de développement des compétences afin d'optimiser les ressources humaines et de favoriser la qualité des soins ?

Il nous faut donc identifier :

Comment s'opère la procédure de recrutement des nouveaux infirmiers ?

Quels sont les moyens mis en place pour les aider à s'adapter à leur poste de travail et développer leurs compétences ?

Quelle part effective cette activité représente dans la gestion des ressources humaines ?

Cette étude nous préparera à nos nouvelles fonctions.

2 - HYPOTHESES

Notre expérience professionnelle, les données bibliographiques, les échanges entre professionnels nous permettent de poser les hypothèses de travail suivantes :

Une procédure de recrutement non formalisée, ne prenant pas en compte toutes les étapes, de la sélection à l'adaptation des compétences, ne permet pas une utilisation optimale des ressources humaines.

La procédure de recrutement, si elle ne fait pas l'objet d'un axe du projet social et du projet du service infirmier, ne favorise pas une mobilisation de l'ensemble du service infirmier, notamment de l'encadrement.

Les outils de formalisation de la procédure de recrutement n'étant pas exhaustifs, ils ne permettent pas une homogénéité des pratiques et une généralisation de son application.

La mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas généralisée.

Dans une première partie, théorique et conceptuelle nous nous attacherons à démontrer l'impact des ressources humaines dans l'institution hospitalière et leurs modalités de gestion notamment en ce qui concerne le recrutement et la gestion des compétences. La seconde partie, une enquête de terrain, identifiera les modalités pratiques et organisationnelles du recrutement. Enfin, dans la troisième partie nous définirons les préalables à la mise en place d'une procédure de recrutement et élaborerons des propositions d'actions en identifiant le rôle du directeur des soins.

PREMIÈRE PARTIE :

LE RECRUTEMENT ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL

APPROCHES THEORIQUES ET CONCEPTUELLES

1 - LES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL : UN ENJEU STRATEGIQUE

Bien que de tout temps il ait fallu gérer les hommes pour que fonctionnent les institutions, la fonction ressource humaine est la dernière née des grandes fonctions de l'entreprise. De nombreuses théories de gestion des ressources humaines ont vu le jour, en particulier dès la fin du 19^e siècle, mais l'accent sur le management des hommes a connu une accélération dans les années 1980. En un siècle on est passé de l'organisation scientifique du travail au management stratégique des ressources humaines. C'est à dire d'une vision du personnel comme une dépense à valeur négative, à une vision de richesse productive. Les ressources humaines sont alors considérées comme un investissement immatériel à optimiser. L'hôpital n'a pas échappé à cette dynamique d'évolution.

1.1 UN CAPITAL A OPTIMISER

Si au début du 19^e siècle les soignants sont principalement des religieuses souvent sans qualification, la laïcisation des hôpitaux, l'évolution considérable de la science et des technologies, vont induire une professionnalisation et une forte augmentation du nombre des soignants. En effet, les compétences indispensables à la prise en charge des patients deviennent de plus en plus complètes et nécessitent une constante réactualisation. Les métiers se multiplient, se diversifient, se spécialisent. De ce fait, le coût des ressources humaines s'amplifie jusqu'à devenir la dépense la plus importante de l'hôpital. Elles peuvent représenter, en fonction de l'établissement entre 70 et 80% du budget hospitalier.

Leur gestion devient alors essentielle, c'est pourquoi dans les années 80, *"l'hôpital à l'instar de la fonction publique a promu les hommes et les femmes au niveau des ressources au même*

*titre que les ressources financières ou matérielles. Cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus, qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement*² comme le précise Jean Abbad, ancien directeur des ressources humaines au centre hospitalier universitaire de Poitiers.

Les ressources humaines deviennent donc un capital à optimiser, c'est à dire "à utiliser au mieux en référence à une intention ou à une exigence globale". Trois raisons justifient cet objectif :

- Elles constituent la part des dépenses de fonctionnement la plus importante,
- Elles sont facteurs de production. Leur développement, leurs initiatives et leur potentiel contribuent activement à l'efficacité de l'entreprise,
- Elles sont en relation directe avec le patient.

L'optimisation de cette ressource va donc reposer sur la recherche permanente de l'adéquation des moyens humains aux missions de l'hôpital. Cette adéquation devra prendre en compte l'aspect quantitatif, c'est à dire les effectifs, et l'aspect qualitatif, les compétences. De plus, il sera nécessaire de rechercher et de maintenir une participation optimale et une implication de celle-ci au fonctionnement de l'institution. La conjugaison de ces éléments ayant des conséquences sur la qualité du service rendu au patient.

Gérer les ressources humaines devient essentiel car *"il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en termes de performances. La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital."*³ Ces propos d'un directeur des ressources humaines illustrent bien le capital que représentent ces ressources. Il ajoute *"de tous les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en terme d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate mais également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management."*⁴

Tout l'encadrement, de direction ou de terrain, est impliqué dans la gestion des ressources humaines. La qualité de son management, des projets mis en place, auront une incidence considérable sur l'efficacité des ressources humaines.

² ABBAD J., Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris, 2001.

³ ABBAD.J., op. cit

⁴ ABBAD.J., op.cit

Le directeur des soins, responsable du service infirmier, aura un rôle déterminant dans ce domaine. Engager les équipes dans une direction commune, fédérer autour d'un projet transversal dont le bénéficiaire sera le patient et implicitement les soignants et l'hôpital est une des missions du directeur des soins.

Ainsi cette richesse que constitue le capital humain pourra être optimisée.

1.2 UN IMPACT CROISSANT

En décembre 1998, la fonction publique hospitalière compte 698.200 personnes dans les établissements publics de santé en France métropolitaine.⁵ "Entre 1980 et 1997, l'effectif total a augmenté de 20 %"⁶

Une étude réalisée par le CREDES⁷ publiée en octobre 2000 comptabilisent 360.067 infirmières, toutes catégories confondues, au niveau national. L'hôpital public étant leur lieu d'exercice le plus fréquent, elles occupent 214.000 postes soit plus de 30% de l'effectif total de la fonction publique hospitalière (FPH) au 1^{er} janvier 1998.

Ces quelques chiffres nous permettent de confirmer le poids stratégique que représentent les infirmières, l'enjeu de leur gestion et l'impact possible sur le fonctionnement hospitalier.

Les ressources humaines leur gestion et leur financement sont donc devenues un élément capital du fonctionnement des établissements car *"les gains acquis en volume doivent venir en complément d'une amélioration significative, visible dans l'efficacité et l'efficience du travail, ainsi que dans la qualité du service rendu."*⁸

Pour les infirmières, Il revient au directeur des soins de favoriser leur influence positive.

1.3 UN ELEMENT DE LA QUALITE

Le souci de la qualité est désormais très présent dans de nombreux domaines et représente une question vitale pour l'hôpital. Les enjeux sont multiples, ils sont d'ordre humains, organisationnels, économiques.

⁵ DE LA CHAPELLE.B, Grand angle sur la démographie hospitalière, lettre de l'union septembre 2000, n° 63.

⁶ ABBAD. J., op.cit

⁷ Enquête Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), La profession infirmière en mutation, Paris, octobre 2000.

⁸ ABBAD. J., op.cit

La qualité hospitalière est devenue une exigence légale et réglementaire. Comme le prouvent les textes ci-dessous :

- La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a permis un premier pas dans la mise en place des politiques de qualité des soins.
- Les ordonnances du 24 avril 1996 renforcent cette notion en précisant que "le service public doit assurer l'accès à tous les malades à des soins de qualité ". Elles instaurent l'accréditation.
- Le titre I, des ordonnances, relatif aux droits des malades précise "la qualité de prise en charge du patient est un objectif essentiel pour tous les établissements de santé".
- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en confirme l'importance.

➤ Appréciation de la qualité :

❖ **Du côté des professionnels.**

C'est la procédure d'accréditation, obligatoire pour les établissements. Nous devons constater que cette procédure envisage le fonctionnement global de l'établissement et fait un lien étroit entre la démarche qualité et la qualité des hommes chargés de la mettre en œuvre. L'interdépendance est fortement affirmée car *"la compétence du personnel représente un atout essentiel pour que l'hôpital puisse développer une démarche qualité."*⁹

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, un chapitre lui est consacré dans le référentiel management et gestion au service du patient. Constitué de 11 références, quatre d'entre elles (de la référence 5 à la référence 8) apprécient plus particulièrement la procédure de recrutement et d'adaptation des compétences comme un élément de la qualité.

❖ **du côté des usagers**

Ils apprécient la qualité perçue de la prestation. Les caractéristiques prises en compte sont les conditions d'ambiance, de confort, les aspects relationnels et la qualité des professionnels, notamment des soignants qui assurent la permanence auprès des patients. Leur expression est possible et souhaitée à travers les questionnaires de sortie, la commission de conciliation, leur présence au conseil d'administration.

Ces éléments modifient considérablement la relation soignant/soigné. Les patients s'identifient comme des partenaires de soins. Ils demandent à être soignés de façon rapide et efficace, à être accueillis et hospitalisés dans des conditions optimales. Ils ne veulent pas être considérés comme "des objets de soins" mais souhaitent participer à leur prise en charge, en

⁹ DERENNE.O, LUCAS.A coordonnateurs, le développement des ressources humaines, Rennes, ENSP, 2002.

étant informé et en intervenant dans la décision thérapeutique, comme l'illustre la loi du 2 mars 2002.

Ces données nous permettent de dire que la qualité des soignants, leur niveau de compétence, leur implication dans l'institution, leur volonté de s'améliorer auront une incidence sur la qualité des soins que celle-ci soit appréciée par les professionnels ou par les usagers. De ce fait, les ressources humaines deviennent un élément de la qualité.

Quel que soit le point de vue analysé, la qualité engage tous les professionnels notamment l'équipe de direction et plus précisément le directeur des soins pour les secteurs de soins, les équipes médicales et paramédicales. Il devient donc indispensable de favoriser la mise en œuvre d'une politique qui tend à élever le niveau de qualité des soignants par la formation continue notamment, de mobiliser de façon permanente le personnel par son implication dans les projets pour améliorer la qualité de ses services, l'efficacité de son fonctionnement, par l'implication dans les projets.

Ainsi, gérer et optimiser les ressources humaines afin d'améliorer le fonctionnement et le service rendu sera un des objectifs à atteindre pour les responsables des institutions.

1.4 LA PENURIE EST - ELLE REELLE ?

Les résultats des études sont contradictoires. En 2000, l'enquête du CREDES précise : *"aucune étude ne permet de conclure objectivement sur la question de l'existence d'une pénurie future des professionnels infirmiers."*¹⁰ Toutefois, les professionnels semblent de plus en plus confrontés à des difficultés de fonctionnement. La presse s'en fait l'écho et titre *"faut-il avoir peur de la pénurie infirmière ?"*¹¹. Certes les situations sont très diverses en fonction des régions *"aujourd'hui on ne peut parler de pénurie mais plutôt de tension à certains moments et à certains endroits"*¹².

Cependant certaines données sont indiscutables :

- La mise en place des 35 heures en 2002 dans les établissements publics de santé accroît les besoins et implique des recrutements. 45 000 postes seront créés sur les trois prochaines années. La plupart d'entre eux seront des postes de soignants, notamment d'infirmières, afin de pouvoir assurer la continuité et la qualité des soins.

¹⁰ Enquête CREDES op.cit.

¹¹ DEKUSSCHE C., faut-il avoir peur de la pénurie infirmière, soins cadres hors série, juillet 2001, n°1.

¹² BARTHES R., cours GPEC, ENSP 2002.

- Un départ massif de fonctionnaires, donc d'infirmières, à la retraite est prévu à partir de 2005. "L'âge moyen des infirmières se situait en 1998 autour de 40-44 ans. Cette tranche d'âge représentait 20,8% des infirmières."¹³ Un renouvellement des effectifs déjà en poste s'impose donc.
- L'augmentation du niveau de soins, le vieillissement de la population induisent également un besoin accru en personnel.

"Le gouvernement a réagi dès 1999 en augmentant le nombre d'entrées dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et a maintenu celui-ci pour 2001 et 2002, soit un peu plus de 26 400 places, représentant une augmentation de 43% du nombre de places."¹⁴ De plus, un vaste plan pour le retour à l'emploi des infirmières ne travaillant plus a été organisé. Des recrutements d'infirmières étrangères, notamment espagnoles, sont réalisés et accompagnés d'un stage d'intégration. Déjà en janvier 2002, "200 infirmières espagnoles ont été recrutées, le chiffre de 400 sera prochainement atteint"¹⁵. Cependant, cela semble insuffisant. Sachant qu'il faut 3 ans pour former une infirmière, les années à venir semblent difficiles avant l'arrivée de ces nouveaux diplômés. A ceci s'ajoutent des difficultés pour atteindre les quotas d'étudiants dans les IFSI du fait d'une certaine désaffection de la profession.

Il est donc difficile de préciser le niveau de pénurie, mais il semble toutefois réel.

1.5 LE RECRUTEMENT : CONTRAINTE OU OPPORTUNITE

Pour maintenir son activité l'hôpital a besoin d'assurer un niveau d'effectifs suffisant. Le marché de l'emploi étant favorable aux infirmières une pression s'exerce, seul un objectif quantitatif pourrait être recherché. Ce risque est grand.

L'hôpital se trouve confronter à un défi : faut-il subir les recrutements comme une contrainte ou les transformer en opportunité ?

Pour maintenir ou accroître son niveau de qualité, l'hôpital doit maintenir une sélection à l'embauche. Comme le précise M. Cremadez, "*l'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la compose*".

¹³ DE LA CHAPELLE.B., Op.Cit.

¹⁴ DEKUSSCHE C., Op.Cit..

¹⁵ BARTHES R., cours GPEC, ENSP 2002.

Nous pensons que moins on a de personnel présent, plus il est important d'avoir des personnels qualifiés, compétents et efficaces. Le contexte de pénurie ne devrait pas faire diminuer le niveau du recrutement et faire oublier les critères qualitatifs.

La mise en œuvre d'une procédure de recrutement permettant de sélectionner, d'optimiser l'affectation, de favoriser l'adaptation des compétences par un projet personnalisé et individualisé d'intégration s'impose. L'opportunité doit être saisie pour faire entrer et développer de nouvelles compétences adaptées aux besoins.

C'est l'occasion d'introduire et de favoriser la mise en place d'une nouvelle dynamique en diminuant notamment les phénomènes de résistance aux changements. Véritable levier d'évolution l'occasion peut être saisie pour repenser et améliorer les organisations de travail en lien avec la démarche qualité.

Ainsi l'hôpital aujourd'hui prépare son avenir.

Ce premier chapitre nous a permis de mettre en évidence l'importance des ressources humaines tant au niveau quantitatif que qualitatif. Celles-ci ont une influence considérable sur le fonctionnement des établissements de santé et sur la qualité des soins. Le directeur des soins, sera fortement impliqué dans leur gestion et dans leur management.

2 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL

Cette gestion commence dès le recrutement et se poursuit tout au long de la carrière de l'agent. Elle consiste **d'une part à "placer les hommes qu'il faut, là où il faut, au moment ou il le faut"**¹⁶ **et d'autre part à viser conjointement la satisfaction du salarié et l'optimisation de ressources humaines.**

Nous distinguerons 2 volets complémentaires :

❖ la gestion administrative du personnel

Elle consiste à satisfaire l'application formelle du dispositif statutaire relatif au salarié. Elle concerne la gestion administrative individuelle des agents. Elle permettra de gérer la carrière des agents et les événements survenant au cours de celle-ci. Elle peut être considérée comme statique car relève essentiellement d'un arsenal juridique. Elle relève de la direction

¹⁶ BONMATI JM., Les ressources humaines à l'hôpital, Paris, Berger-Levrault, 1998.

des ressources humaines et constitue le fondement de toute politique de gestion des ressources humaines. (GRH)

❖ **La définition et la mise en œuvre de la politique de gestion des ressources humaines.**

Issue du projet d'établissement et participant à sa mise en œuvre, la politique de gestion des ressources humaines est définie en équipe de direction. Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins, en ce qui concerne les soignants, sont fortement impliqués. Elle induit une vision globale, collective des ressources humaines, une projection dans l'avenir permettant à l'hôpital de remplir ses missions et de définir les adaptations nécessaires aux évolutions et à l'atteinte des objectifs du projet d'établissement. C'est la dimension stratégique des ressources humaines que l'on peut considérer comme dynamique.

2.1 LES OBJECTIFS

La gestion des ressources humaines doit permettre de couvrir ces 2 volets et ainsi atteindre trois objectifs fondamentaux :

1^{er} Choisir, conserver et qualifier les hommes dont l'organisation à besoin.

Le premier objectif, c'est trouver les hommes qui conviennent pour remplir les missions et accomplir les activités de l'hôpital. Il est donc nécessaire de prévoir les besoins en effectifs et en compétences à moyen et long terme pour chaque service de soins compte tenu de leur spécialisation et des orientations qu'ils développeront. *C'est la détermination des besoins.*

Chaque salarié ayant un coût, celui-ci doit être mis en regard des moyens budgétaires. Les tableaux des emplois nous donnent une connaissance précise des moyens dont dispose l'institution. *C'est la détermination des moyens.*

Il est nécessaire ensuite de s'assurer et de rechercher l'adéquation des hommes aux postes de travail présents et futurs et de leur permettre de s'adapter grâce à une politique de formation. *C'est l'adéquation entre les besoins et les moyens.*

Ainsi les activités qui découlent de cet objectif sont le recrutement, l'intégration, l'évaluation et la formation.

Les hommes sont donc bien considérés comme des ressources capables d'adaptation à leur environnement de travail.

Ces exigences demandent une réflexion approfondie quant à la mise en place d'une procédure de recrutement. **En effet, les techniques de recrutement utilisées, ne viseront plus seulement à remplacer un poste vacant, mais à rechercher pour chaque poste la personne la mieux adaptée ou susceptible de s'adapter.**

2^e Mobiliser les hommes.

Les hommes et les femmes qui travaillent à l'hôpital sont considérés comme des acteurs. Leur gestion doit permettre de faire que chaque emploi individuel s'intègre dans une organisation collective. L'institution doit donc sensibiliser les agents afin qu'ils participent et qu'ils se positionnent par rapport aux finalités de l'établissement. Il est nécessaire de les faire adhérer à la politique mise en place au sein de l'établissement et inciter leur engagement dans la vie professionnelle. Ainsi, leur participation sera un atout pour l'hôpital et un facteur de satisfaction professionnelle. L'épanouissement professionnel sera alors recherché en plaçant les hommes dans des conditions positives d'investissement et de développement des compétences.

L'influence du management du directeur des soins sera fondamental dans la valorisation des soignants et sera facteur ou pas de succès.

3^e Développer les potentialités des professionnels et les aider à s'adapter aux changements.

“ La gestion des ressources humaines doit être orientée vers les hommes et pas seulement vers les résultats organisationnels ” comme le précise J. Abbad. Les salariés doivent pouvoir se développer en même temps qu'ils répondent aux objectifs institutionnels. C'est un facteur de satisfaction et de motivation important. Une gestion individualisée et personnalisée permettra à l'agent de se sentir reconnu et valorisé. Elle favorisera une optimisation de ses savoirs et de ses attitudes permettant un développement de ses compétences en adéquation avec les besoins de l'hôpital. Son implication et la qualité de sa prestation devraient en être augmentées.

Nous pouvons résumer ces objectifs en 4 points essentiels : il est donc nécessaire d'avoir

**"Des ressources humaines disponibles : recruter, fidéliser, anticiper
Des ressources humaines mobilisées : informer, animer, motiver
Des ressources humaines efficaces : organiser, optimiser, évaluer
Des ressources humaines adaptables : former, participer, autonomiser."**¹⁷

Le management des ressources humaines implique une logique d'anticipation et d'adaptation, une logique d'optimisation et une logique de valorisation.

Le directeur des soins occupe une place prépondérante dans l'atteinte de ces objectifs et la déclinaison des activités à mettre en place.

Les objectifs de cette gestion doivent être clairement identifiés et portés à la connaissance de tous. Le projet social sera le document qui contiendra ces éléments.

2.2 LE PROJET SOCIAL : UNE AFFIRMATION DE L'IMPORTANCE DE LA GRH

La loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 rend obligatoire pour les établissements et institutions de santé l'élaboration d'un projet social

Elle précise : " Le projet d'établissement (...). Il comprend un projet social. "

" Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels "

La volonté des politiques de porter l'accent sur les ressources humaines et de renforcer le dialogue social s'illustre à travers l'évolution des textes législatifs :

La loi portant réforme hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 demande aux établissements d'élaborer un projet d'établissement défini ainsi :

*" Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information."*¹⁸

¹⁷ DONIUS.B, cours GRH, ENSP, 2002

¹⁸ loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Il précise donc les orientations stratégiques de l'établissement permettant de fixer les objectifs communs et de fédérer les acteurs.

Il aborde la politique sociale, celle-ci concerne l'ensemble des principes et des moyens d'action permettant la gestion et la dynamisation du personnel au sein de l'établissement.

Les ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 ont *“particulièrement innové dans le domaine de la gestion des ressources humaines en les rehaussant au niveau de la première richesse de l'hôpital et en affirmant leur légitimité au sein des contrats d'objectifs et de moyens passés avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation”*.

Le protocole du 14 mars 2000 dit protocole AUBRY exprime une volonté de renforcer le dialogue social. Il renforce le rôle central des personnels et de leur encadrement dans la modernisation du service public hospitalier qui désormais *“repose sur un projet social cohérent, établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne”*. C'est une innovation importante. Le projet social devient une partie intégrante du projet d'établissement.

Le projet social devient un outil de gestion des ressources humaines. La déclinaison des orientations et de la stratégie mise en place favorisent la transparence et la compréhension de chacun. Ainsi, l'élaboration de ce projet implique une réflexion et une projection de l'ensemble des professionnels concernant la GRH. Renforçant le dialogue social, il permet le transfert des différents projets touchant à la GRH dans la réalité du terrain. C'est l'opportunité, notamment pour le directeur des ressources humaines et le directeur des soins d'impliquer l'ensemble du personnel dans le fonctionnement de l'institution.

2.3 LA GESTION ADMINISTRATIVE DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Pour chaque agent, la gestion administrative commence lors de son recrutement et se poursuit tout au long de sa carrière. Elle est encadrée par les textes qui régissent la fonction publique hospitalière.

2.3.1 Cadre réglementaire

Deux lois régissent les salariés de la fonction publique.

- ◆ La loi n° 83.634 du 13 juillet 1983

Elle fixe les droits, garanties et obligations de l'ensemble des fonctionnaires.

◆ La loi n° 86.33 du 9 janvier 1986

Elle pose les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

2.3.2 Définitions

Avant d'envisager la carrière d'un agent, quelques définitions s'imposent.

Elles sont extraites du livre "les 12 points clefs de la carrière du fonctionnaire" d'Odile Derenne.¹⁹

Le corps : il correspond aux statuts particuliers et recouvre le cas échéant un ensemble de grade. Exemple le corps infirmier

Le grade. Titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspond. Exemple infirmière de classe supérieure.

Chaque grade dispose d'une échelle indiciaire dotée de plusieurs échelons qui permettront l'avancée dans la carrière.

La catégorie : l'ensemble des corps et grades des 3 fonctions publiques est divisé en 4 catégories A, B, C, D. Elles correspondent à la fois à un niveau de responsabilité et à un niveau de recrutement.

L'emploi. 2 significations

Aspect fonctionnel : Il définit l'emploi en terme de contenu professionnel et de conditions d'exercice. L'emploi est alors synonyme de métier (ou emploi type). Il peut exiger que le titulaire de l'emploi ait un certain grade.

Aspect budgétaire : C'est un emploi inscrit au tableau des emplois permanents et gagé par un crédit permettant d'en rémunérer son titulaire.

Le poste de travail : il correspond à une réalité de travail, il est déterminé par l'organisation du travail d'une structure. Il se définit par sa localisation, sa qualification, ses horaires.

On appelle donc carrière d'un agent le déroulement de son avancement dans la hiérarchie de son corps. Accéder à la carrière pour le fonctionnaire c'est être nommé dans un emploi, puis à la fin du stage être titularisé dans un grade qui s'insère dans un corps. La fonction publique est une fonction publique de carrière, "c'est à dire un système dans lequel l'agent public, une fois recruté, devient membre d'un corps ou d'un cadre hiérarchisé, comportant des emplois de niveau différent ou il passera toute sa vie professionnelle en franchissant des grades et en occupant divers postes"²⁰

¹⁹ DERENNE O., LAMY Y., Les 12 points clefs de la carrière du fonctionnaire hospitalier, Rennes, ENSP, 1991.

²⁰ LUCAS A, cours GRH, ENSP 2002.

Il est important de préciser que le fonctionnaire est titulaire de son grade, et non de son poste.

L'accès à la carrière passe par le recrutement

2.3.3 Le Recrutement

Le pouvoir de recrutement pour le personnel non médical appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est à dire le directeur de l'hôpital. Dans la pratique, le DRH assure souvent par délégation de signature les recrutements.

Il peut être interne ou externe. Le recrutement interne pour un poste de travail sera issu d'une mobilité interne d'un salarié. Le recrutement externe fera l'objet d'une procédure d'embauche d'un salarié. **Recruter peut alors être considéré comme l'achat de compétences sur le marché du travail.**

Pour entrer dans la fonction publique hospitalière certaines conditions, précisées par les textes du cadre juridique, sont nécessaires. Elles visent d'une part à l'égalité d'accès à tous aux emplois publics et d'autre part à sélectionner les meilleurs candidats. Le concours en est donc la règle. Tout concours doit être mis à publication.

Plusieurs modalités existent, concours interne ou externe, sur épreuves ou sur titres. Pour le personnel soignant, infirmiers et aides soignants, il s'agit le plus souvent d'un concours externe sur titre.

En pratique 2 modalités de recrutement cohabitent à l'hôpital :

- Le recrutement sur tableau des emplois. Il exige une vacance d'emploi.
- Le recrutement contractuel, hors du tableau des emplois. Les agents sont alors sous contrat à durée déterminée ou indéterminée et ne sont pas intégrés à la FPH.

❖ Conditions d'embauche

- avoir la nationalité française,
- jouir des droits civiques,
- avoir un casier judiciaire compatible avec l'exercice de la fonction publique,
- être en position régulière au regard du code du service national,
- remplir les conditions d'aptitudes physiques,
- satisfaire aux conditions d'âge.

❖ La période contractuelle

Il est rare que lors d'un recrutement externe d'infirmière un agent soit recruté immédiatement sur un poste affecté aux tableaux des emplois. Une période contractuelle dont la durée varie en fonction des politiques d'établissement est généralement proposée à l'agent. Elle permettra une évaluation des compétences.

2.3.4 La Stagiairisation

L'admission au concours ou la fin de la période contractuelle marquent le début de la période dite de stage. Lorsqu'ils sont stagiaires les agents hospitaliers ne sont pas encore assurés de la stabilité de leur emploi. *“ En effet, ils sont nommés dans un emploi et ne sont pas titulaires du grade. ”*²¹

Le stage constitue une période probatoire au cours de laquelle l'autorité hiérarchique pourra juger des compétences professionnelles. Il en résulte que le stagiaire n'a pas un droit à la titularisation en fin de stage. La durée du stage est en général de 1 an. A la fin de celui-ci, si l'agent donne satisfaction, il peut être titularisé.

2.3.5 La Titularisation

Elle marque réellement l'ouverture du droit à la carrière pour l'agent.

C'est donc un acte lourd de conséquence car il confère *“un titre permanent dans le grade donnant vocation à occuper un emploi correspondant.”*²²

En général, la carrière prend fin lors du départ à la retraite. Des situations graves peuvent rompre la carrière mais demeurent toutefois exceptionnelles.

2.3.6 L'Avancement

Il se définit comme le déroulement normal à l'ancienneté d'une carrière. Après la titularisation l'avancement dans la carrière a lieu de façon continue d'échelon à échelon. La durée moyenne dans chaque échelon est définie statutairement. L'avancement est fonction de l'ancienneté mais aussi de la notation annuelle. Il se traduit par une augmentation de la rémunération.

2.3.7 La Notation

Elle est obligatoire, annuelle. Elle se compose d'une note chiffrée et d'une appréciation qui doivent refléter la valeur professionnelle des agents. C'est l'autorité investie du pouvoir de

²¹ CLEMENT J., le fonctionnaire hospitalier, Paris, Édition Berger-Levrault, 1989.

²² CLEMENT. J., Op.Cit :

nomination qui exerce le pouvoir de notation sur l'avis du supérieur hiérarchique direct qui est requis.

La décision de titularisation engage fortement la responsabilité des cadres intermédiaires, notamment du directeur des soins, qui ont en charge l'évaluation des compétences de l'agent.

La période contractuelle et la période de stage sont les 2 moments clefs de l'évaluation des performances qui doivent avoir un impact fort sur la carrière de l'agent. La mise en place d'une procédure et d'outils doivent aider l'encadrement.

Une fois la titularisation prononcée la sécurité de l'emploi qu'elle concède n'est pas sans conséquences sur le management des ressources humaines. C'est pourquoi cette particularité de la fonction publique impose une grande objectivité lors des recrutements.

Ces éléments nous ont permis de dérouler les événements qui caractérisent la carrière du fonctionnaire. Il nous paraît maintenant indispensable d'approfondir la première étape : le recrutement externe.

3 - LE RECRUTEMENT EXTERNE

Le recrutement est un élément clé de la gestion des ressources humaines. Il représente un enjeu stratégique pour l'institution. **Achat de compétences** il doit être vécu comme une **opération d'investissement**. En effet, nous avons mis en évidence les caractéristiques de l'emploi et sa stabilité dans la FPH. De ce fait, le recrutement est une des activités les plus délicates du management.

3.1 DEFINITIONS

Avant d'analyser les différentes étapes donnons quelques définitions.

❖ **Le recrutement** il peut être défini comme *"le processus qui consiste à choisir entre divers candidats en vue d'un poste de travail qu'on a jugé utile de créer, de maintenir ou de transformer."*²³

La définition de Franck BOURNOIS selon le livre "gérer et dynamiser ses collaborateurs", précise *"recruter quelqu'un c'est à moment donné effectuer un diagnostic sur une personne pour pouvoir formuler ensuite un pronostic d'adaptation à une situation de travail, c'est à dire au contenu d'un emploi et de son environnement humain, physique, organisationnel."*²⁴

²³ LOUART P., Gestion des ressources humaines, Éditions Eyrolles, 1991.

²⁴ BOURNOIS F., Gérer et dynamiser ses collaborateurs. 2^e édition, Paris, Editions Eyrolles, 1989.
Sylvie OUAZAN - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2002

Cette définition fait ressortir la nécessité de faire reposer son choix sur des outils en projetant la personne dans le poste actuel et en envisageant son devenir.

❖ **La politique de recrutement** *"elle peut être définie comme un ensemble coordonné d'actions visant à doter l'institution de moyens humains adéquats pour lui permettre de réaliser ses finalités en s'adaptant à l'évolution de son environnement."* ²⁵

Ainsi une politique de recrutement doit assurer le présent et préparer l'avenir de l'institution en élaborant des prévisions tant quantitatives que qualitatives sur les besoins en personnel. Pour cela la politique de recrutement s'inclue dans la stratégie globale de gestion de l'établissement issue du projet d'établissement, donc du projet social.

❖ **La procédure de recrutement** est donc la construction d'une succession d'étapes et l'élaboration de critères de choix qui vont permettre d'engager du personnel en vérifiant ses aptitudes présentes et ses possibilités d'évolution pour faire partie de l'institution hospitalière.

Très longtemps réalisé grâce à un savoir-faire empirique, le recrutement tend actuellement à se formaliser dans le cadre d'une politique de gestion des ressources humaines obéissant à des règles précises. Il devient alors un acte technique opposable à tous les candidats et permet plus d'objectivité sans toutefois nier l'influence des relations humaines.

Une bonne procédure de recrutement doit se construire en respectant une suite logique d'étapes, car contrairement aux idées répandues elle ne se limite pas à la procédure de sélection. Elle s'étend de la demande de recrutement jusqu'à l'intégration afin d'adapter les compétences.

3.2 LES ETAPES DE LA PROCEDURE DE RECRUTEMENT

Le recrutement recouvre un ensemble d'opérations qui s'articulent autour de 3 phases principales comme nous le décrit JP. Citeau²⁶

3.2.1 Les préalables

❖ ***L'identification et la spécification du besoin***

²⁵ GENIN M., Les outils pour le recrutement et la sélection du personnel infirmier, ENSP, mémoire IG 1989 extrait la fonction recrutement, groupe de travail hospices civils de Lyon 1985.

²⁶ CITEAU JP., Op.cit.

Cette étape est fondamentale. La détermination des effectifs doit reposer sur des mesures objectives de charge de travail. Ensuite la qualification sera identifiée. L'implication du directeur de soins est à ce stade indispensable.

Le recrutement sera lié à une vacance de poste, une transformation ou à une création de poste ou par l'intermédiaire d'un contrat de travail.

Il est nécessaire de travailler sur un plan d'actions à moyen et long terme pour anticiper les besoins. On entre là dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences que nous définirons ultérieurement. La politique de gestion des ressources humaines impulsée par la direction joue un rôle fondamental.

❖ ***La détermination des profils de poste et de fonction***

Une fois les besoins quantitatifs identifiés une analyse qualitative sera nécessaire. Ainsi, il est indispensable de décrire le poste de travail pour affecter les ressources. Ceci afin d'avoir la meilleure adéquation possible entre les compétences et les aspirations de l'agent et le poste. Outre la nomenclature des emplois type élaborée par la Direction des hôpitaux, des outils sont nécessaires pour réaliser cette équation de façon optimale.

Les profils de fonction

Ils définissent le travail à effectuer pour chaque catégorie professionnelle en précisant les principales missions. Ils déterminent les compétences ou connaissances à posséder pour remplir cette mission.

Ils sont communs à l'ensemble d'une catégorie professionnelle. Ils sont donc transversaux à l'établissement et constituent une base professionnelle.

Les profils de poste

C'est un descriptif du poste existant qui soit le plus proche possible de la réalité. Il définit en termes de compétences le domaine d'action et de responsabilité et les qualités requises d'un agent pour un poste spécifique. C'est une cartographie des compétences souhaitées. Il est ciblé sur un poste précis, localisé.

Pour formaliser une procédure de recrutement ces outils sont indispensables. En effet, ils aboutissent à la définition d'un certain nombre de critères qui aideront au choix et constitue le référentiel de compétences.

3.2.2 La campagne de recrutement et les procédures de sélection

Elles doivent permettre de garantir un recrutement approprié effectué dans les meilleurs délais, selon un mode de sélection pertinent et réglementaire.

Elle comprend donc :

❖ **Le choix du mode de sélection**

Il peut être interne ou externe. Nous avons précisé que cette étude se limitera au recrutement externe.

❖ **Le premier tri :**

Il va consister à analyser les lettres de candidature et les curriculum vitae. Cela permet une première confrontation des caractéristiques des postulants avec les exigences du poste. C'est une première approche de tamisage qui a pour but de retenir les candidats dont la candidature présente un intérêt et qui seront reçus en entretien.

❖ **l'entretien d'embauche**

C'est un moment important, il permet :

- de rechercher l'adéquation entre le profil de poste et le profil du candidat.
- d'évaluer le potentiel de l'agent.
- d'informer le candidat sur l'établissement et le poste à pourvoir
- au candidat de s'exprimer sur son passé professionnel et sur ses aspirations pour l'avenir.

Ensuite la présentation au candidat des profils de fonction et du poste lui permettra de connaître les exigences souhaitées et de voir si celles-ci lui correspondent.

Une grille d'entretien favorisera le recueil de tous les éléments nécessaires à la connaissance du candidat. A l'issue des entretiens et à l'aide des comptes rendus d'entretiens, le choix du candidat sera réalisé.

La décision de recruter prise, le processus n'est pour autant pas terminé. Une décision importante reste à prendre le choix de l'affectation.

❖ **Le choix de l'affectation**

L'affectation se définit par la désignation de quelqu'un à un poste. C'est une étape de haute importance qui va déterminer les possibilités d'exploiter au mieux le recrutement.

La grille d'entretien, l'inventaire de postes disponibles associés aux profils de poste permettront d'affecter l'agent en fonction de ses souhaits, des besoins et des compétences décelées.

Cette affectation doit être mûrement réfléchie car placer l'agent au bon endroit est la base de toute motivation et d'optimisation des ressources humaines. Il doit être en mesure d'apporter une réelle valeur ajoutée et d'augmenter les performances de l'équipe après un temps d'adaptation.

3.2.3 L'accueil et l'intégration

Volontairement nous distinguons deux étapes :

- *L'accueil et l'intégration dans le service*

Ils doivent permettre au nouvel agent d'acquérir rapidement les connaissances et les compétences spécifiques du poste. Cette étape doit être formalisée afin d'accompagner progressivement et de façon méthodique le nouveau soignant. Des repères doivent être donnés et un sentiment de sécurité créé. Ainsi, le tutorat par un soignant expérimenté semble une solution intéressante. Son rôle sera d'accompagner l'agent dans son apprentissage, d'évaluer sa progression en liaison avec le cadre du service. L'existence de documents ressources concernant le service et son fonctionnement, les compétences spécifiques nécessaires seront un guide indispensable.

- *L'accueil et l'intégration dans l'établissement*

Il doit permettre à l'agent de se situer au sein de l'hôpital, de connaître son projet, ses valeurs afin de le faire adhérer et participer. Chaque agent quelle que soit sa qualification doit pouvoir bénéficier de cette étape afin de favoriser son implication dans l'organisation, lui donner un sentiment d'appartenance et de culture d'entreprise. Cette étape commune à l'ensemble des professions doit faire l'objet d'un projet de la direction dans lequel le directeur des soins sera impliqué.

3.2.4 L'évaluation

Une période de suivi et d'évaluation permettra au cadre et à l'agent de faire le point sur la situation vécue et de définir des objectifs de progression pour guider le nouvel agent dans son apprentissage.

4 - LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

4.1 UN CONCEPT AU DEVELOPPEMENT PROGRESSIF

Dans le milieu des années 80, un outil d'aide à la décision, la GPEC, a fait son apparition dans le monde de l'entreprise. Ce concept a été rapidement connoté d'une valeur négative car souvent associé à un plan social source de licenciements. Ce n'est que dans les années 90,

suite à la circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public que cet outil a fait une entrée timide à l'hôpital et tend aujourd'hui à se développer.

La circulaire précisait :

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

Des outils ont été créés pour aider et favoriser la mise en place de la GPEC.

En 1990 une nomenclature des emplois types de l'hôpital fut élaborée,

En 1997/98 création d'un guide de GPEC,

En premier lieu, il nous paraît intéressant de définir la compétence qui est placée au cœur de la démarche GPEC.

4.2 LA COMPETENCE

La notion de compétence fait partie de l'arsenal de la terminologie et de la méthodologie moderne accompagnant l'évolution de la fonction ressources humaines. *“ Elle s'inscrit pleinement et concrètement dans une rupture avec les représentations et définitions prescrites dans la logique taylorienne ”*²⁷. Ainsi, avec les compétences on touche à un concept clef de la gestion des ressources humaines.

Ce concept très large a énormément évolué dans ces 20 dernières années.

Pour tenter de définir la compétence nous ferons appel à deux auteurs dont l'approche nous semble complémentaire.

La compétence pour G Malgaire se définit comme *“ un ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements, structurés en fonction d'un but à atteindre, dans une situation donnée. ”*²⁸

JP. CITEAU donne une définition plus opérationnelle de la compétence. *“ c'est un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir être qui sont définis dans l'exercice d'un emploi ou d'un métier, dans une situation d'activité donnée ”*²⁹

²⁷ ABBAD J., op cit.

²⁸ MALGAIRE G., du conservatoire des arts et métiers

²⁹ CITEAU JP., op cit.

La compétence est donc une compétence à agir. C'est un concept, c'est à dire quelque chose d'abstrait. Ainsi, On ne pourra apprécier et évaluer que l'expression de la compétence, c'est à dire son résultat. Son expression résulte de la combinaison de plusieurs savoirs :

“Les savoirs formalisés appris en dehors de l'action, c'est à dire la connaissance des savoirs théoriques et les savoirs procéduraux.

Ces savoirs ont un avantage ils se transmettent bien.

Les savoirs agis, c'est à dire des savoirs-faire (capacité à mettre en œuvre), des savoirs pratiques acquis par l'expérience (capacité à mobiliser son expérience) et des savoirs être". Ils sont appris dans l'action et se transmettent difficilement.

Est compétent celui qui a une capacité d'action et de régulation face à des situations de travail qu'il sait maîtriser que la situation soit prévue ou non. La compétence ne se définit plus comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter aux exigences. L'acquisition de compétence étant un processus dynamique.

Ces deux définitions mettent en évidence que la compétence n'est pas innée, elle est acquise au fur et à mesure des situations de travail par la mobilisation de différents types de savoirs. De plus elle n'est pas figée et doit sans cesse être mobilisée et réadaptée aux nouveaux besoins. Il appartient aux managers d'équipe, notamment au directeur des soins, de veiller au développement des compétences de ses collaborateurs.

4.3 MANAGER LES COMPETENCES DES NOUVEAUX INFIRMIERS

La gestion des compétences de nouvel infirmier débute dès le recrutement par la recherche de son adéquation au profil de poste puis par son affectation. Ensuite l'avancée dans la carrière, la confrontation à de multiples expériences vont lui permettre d'acquérir de nouvelles compétences et de passer “*du stade de novice à expert*”³⁰

Cette acquisition est un processus dynamique dans lequel tout professionnel a besoin d'être guidé. Elle passe par l'élaboration d'une procédure de recrutement prenant en compte toutes les étapes de la sélection à l'évaluation des compétences dans un objectif d'optimisation des ressources humaines. Elle s'appuie sur l'utilisation d'outils et de méthodes adaptées. Nous citerons :

➤ Les référentiels de compétences.

Outils de gestion des ressources humaines et de management, le référentiel de compétences formalise à un moment donné les compétences attendues dans l'exercice d'un

³⁰ JOVIC L., l'expertise, soins formation pédagogie encadrement, 2^e trimestre 1997, n°22 .

métier ou d'une fonction. Ils permettent de définir avec précisions les qualifications et les savoirs faire opérationnels nécessaires. Il est alors possible d'élaborer une grille de compétence permettant de définir des niveaux de compétences. Ceux-ci pourront être utilisés pour de l'auto-évaluation ou l'évaluation des agents. Ils s'inscrivent dans un processus d'évaluation qualitative. Ils permettent de valoriser les connaissances professionnelles et techniques. Il pourra alors en découler un plan de formation adapté.

➤ **L'accompagnement sur le terrain : le tutorat**

Il marque la capacité de l'unité à formaliser et à transmettre les savoirs. Le tuteur est celui qui apporte conseil, explicite les tâches et les situations. Il est le traducteur de logiques d'actions et des valeurs du service à transmettre. Le tutorat a un double objectif maintenir la qualité des soins et rendre opérationnel rapidement le soignant, c'est une étape d'enrichissement des compétences.

Cette gestion des compétences est rendue nécessaire dès le recrutement et tout au long de la carrière pour augmenter l'efficacité, réagir et s'adapter aux changements afin anticiper les évolutions. Elle maintient le niveau "d'employabilité" des professionnels.

4.4 LA DEFINITION DE LA GPEC

Nous proposons la définition suivante de la GPEC, issue des enseignements reçus à l'ENSP
"La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences

☞ en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés

☞ en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle."³¹

Elle consiste donc "à analyser par anticipation les conséquences sur les besoins en qualifications et sur les effectifs, des paramètres qui déterminent l'évolution de l'entreprise, de façon à engager par avance les actions lui permettant d'adapter ses ressources humaines à ses besoins."³²

³¹ DONIUS B, cours GPEC, ENSP 2002.

³² BOYE M, ROPERT G, gérer les compétences dans les services publics, éditions organisation. 1994.

4.5 LES ENJEUX DE LA GPEC

Ils sont en corrélation avec les objectifs et les enjeux de la gestion des ressources humaines et plus précisément :

- ☞ Anticiper les évolutions
- ☞ Faire face aux besoins
- ☞ Prendre en compte les aptitudes et les aspirations individuelles en permettant à tous les agents de trouver l'opportunité de développer leurs compétences, d'en acquérir de nouvelles et de progresser professionnellement.

La GPEC est un outil stratégique de la politique sociale de l'établissement. Elle occupe une place prépondérante dans le management. Elle est un levier de dynamisation des ressources humaines. Son application doit permettre la réactivité et l'adaptation de l'hôpital à ses missions présentes et futures.

La GPEC est donc un outil formalisé, d'aide à la décision, évolutif recouvrant deux aspects

➤ Un aspect quantitatif

Permettant de définir avec précision si les ressources humaines sont à terme suffisantes, excédentaires ou déficitaires.

➤ Un aspect qualitatif

Permettant l'adaptation et l'évolution des compétences aux différents postes de travail présents et futurs

Ainsi, gérer les ressources humaines, c'est également gérer un portefeuille de compétences qui doit en permanence être mobilisé, évalué et adapté aux besoins identifiés de l'hôpital.

La finalité recherchée est d'effectuer le bon choix quant aux hommes à recruter, les garder au sein de l'institution et de les former afin d'atteindre le niveau de qualification requis pour le poste occupé.

Ainsi on peut affirmer que la procédure de recrutement fait partie intégrante d'une démarche de GPEC.

4.6 LES ETAPES DE LA GPEC

Mettre en place une démarche de GPEC nécessite plusieurs étapes, dont nous empruntons l'inventaire à Michel Boyé et Gérard Ropert, répertoriées dans leur livre "gérer les compétences dans les services publics"³³

1 analyse des métiers et emplois actuels en vue d'établir leur nomenclature et étude des populations correspondantes.

Elle suppose donc

- une réelle connaissance des activités sous la forme d'emplois et de métiers. Elle va s'appuyer sur l'existence d'outils tels profil de fonction, profil de poste, comportant un référentiel d'activités qui va définir comment le titulaire s'y prend pour remplir sa fonction.
- l'utilisation de données que l'on peut retrouver dans le bilan social, nous citerons la pyramide des âges, la distribution des effectifs, la projection des flux du personnel et de l'évolution correspondante des qualifications sous la forme des compétences. Le bilan social devient alors un indicateur de GPEC.

2 élaboration des référentiels de compétences.

Leur élaboration va permettre une réflexion sur les pratiques et une valorisation des compétences. Ils sont la photographie de l'expertise professionnelle.

3 analyse de l'environnement socio-économique, organisationnel et technique susceptible de modifier à moyen terme le contenu des emplois.

Elle prévoit les évolutions techniques et leurs incidences sur l'emploi.

4 mesure de l'impact sur chaque type d'emploi.

Nous citerons en exemple l'identification des emplois sensibles. Il peut s'agir soit de la rareté sur le marché de l'emploi, (nous avons pointé les infirmières dans certaines régions), ou du niveau d'expertise induit par l'expérience, (par exemple les agents de maintenance électrique).

5 mise en œuvre des plans d'actions de gestion des ressources humaines.

La mise en œuvre permettra de définir notamment une politique de recrutement, de formation, d'évaluation des compétences et de mobilité du personnel.

³³ BOYE M., ROPERT G., Gérer les compétences dans le service public, paris, Édition l'organisation, 1994.

Nous constatons que la mise en œuvre d'une GPEC repose sur l'existence d'outils formalisés dont l'élaboration nécessite un investissement en temps de travail. Elle doit donc résulter d'une volonté politique unique inscrite dans la durée. Bien qu'elle soit une attribution prioritaire du directeur des ressources humaines, nous pensons qu'en ce qui concerne les soignants, il y a complémentarité entre la direction des ressources humaines et la direction des soins dans un souci d'efficacité.

5 - LE DIRECTEUR DES SOINS ET LA GRH

5.1 LE CADRE REGLEMENTAIRE DE L'EXERCICE DE LA FONCTION

- Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

*“ Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure **l'animation et l'encadrement**.*

Il élabore avec l'ensemble des professionnels le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. (...)

*Il participe à la **gestion des personnels** des activités de soins dont il **propose l'affectation**”.*

La réglementation met donc en évidence l'implication du directeur des soins dans la gestion des ressources humaines, elle légitime son action. Le texte lui confère en particulier le pouvoir d'affectation ce qui reconnaît son expertise dans l'évaluation des compétences. Il induit un partenariat entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines afin de coordonner leurs domaines d'intervention.

La nouvelle définition de fonction du directeur des soins coordonnateur général, rend d'autant plus nécessaire l'existence d'une procédure de recrutement. Adaptable à tous les agents relevant des activités de soins, elle est pour lui un outil d'aide à la décision. Elle lui donne une connaissance de tous les secteurs tant au niveau de leur activité, que des compétences nécessaires. Elle permet un management identique quelle que soit la filière et induit un sentiment d'équité pour tous les soignants.

5.2 LES DOMAINES D'ACTION

Il a un rôle déterminant dans la gestion des ressources humaines des soignants. Responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des activités de soins, il est

l'interlocuteur privilégié du directeur des ressources humaines. *"Ses compétences lui permettent d'évaluer les besoins (étude de la charge de travail, profils de poste et de fonction). Il sait proposer des structures adaptées à chaque unité de soins (effectifs, répartition des compétences). De plus il intègre les contraintes de l'établissement (budget, mensualités) et les traduit aux secteurs de soins"*³⁴

Son expertise soignante sera un atout dans la mise en œuvre d'une GPEC et dans l'élaboration du projet social.

Le partenariat avec le directeur des ressources humaines s'impose. La complémentarité des domaines de compétences de chacun permet une approche plurielle de la GRH, source d'efficacité.

Sur le terrain, sa collaboration étroite avec les équipes médicales permettra une meilleure définition des besoins.

Engager dans la définition et la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité, il veillera à l'adéquation des compétences des soignants lors du recrutement mais aussi tout au long de leur carrière. En effet, *"viser l'amélioration de la qualité des soins et des conditions d'hospitalisation passent obligatoirement par l'intégration d'une compétence infirmière dans la gestion du personnel."*³⁵

Manager de l'encadrement soignant, le directeur des soins doit pouvoir développer un véritable "leadership" positif au sens d'être capable d'influencer les comportements. Il impulsera une dynamique autour du processus de recrutement basé sur le développement et l'adaptation des compétences notamment dans l'accueil et l'intégration des nouveaux personnels.

Son implication est donc indispensable dans l'élaboration d'une procédure de recrutement, de la conception des outils nécessaires, à sa mise en œuvre. Nous la développerons dans la troisième partie.

Cette volonté politique du service infirmier doit être clairement identifiée dans le projet du service infirmier.

³⁴ BRESSAND M., la contribution de l'infirmier général à la gestion du personnel, gestions hospitalières, juin/juillet 1983, n° 227.

³⁵ BRESSAND. M., Op. cit.

Celui-ci se construit à partir d'une réflexion sur les missions et les valeurs qui fondent la profession infirmière. Il s'inscrit et contribue à l'élaboration du projet d'établissement. La qualité des soins et la qualité des professionnels en seront les valeurs premières.

Dans cette première partie nous avons abordé la place des ressources humaines à l'hôpital, ainsi que leur gestion tant quantitative que qualitative à travers la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Nous avons posé les enjeux du recrutement et identifié l'intervention du directeur des soins

La gestion administrative de la carrière d'un agent a été précisée, les différentes étapes de la procédure de recrutement ont été développées.

A la lumière de ces éléments et afin de vérifier nos hypothèses nous avons réalisé une enquête de terrain ciblée sur le recrutement externe des infirmières.

DEUXIEME PARTIE :

L'ENQUETE DE TERRAIN SUR LE RECRUTEMENT EXTERNE DES INFIRMIERES

Orientée par les données de la partie théorique et conceptuelle, l'enquête de terrain, va nous permettre d'approfondir l'aspect pratique et organisationnel de la procédure de recrutement. Nous analyserons nos résultats et les comparerons au regard des données issues de la recherche bibliographique.

A terme les éléments recherchés doivent nous permettre d'apporter une réponse aux hypothèses formulées.

1 - LE CADRE DE L'ETUDE

Nous avons choisi de mener notre enquête dans deux établissements, ce qui nous permettra de confronter des pratiques différentes dans deux contextes du marché de l'emploi.

- ⇒ un centre hospitalier général, notre établissement d'affectation,
- ⇒ un centre hospitalier universitaire, lieu de stage pendant la formation.

Nous les nommerons respectivement dans notre travail CHG et CHU.

2 - LA METHODE

La démarche retenue a comporté deux étapes distinctes. La première a consisté à recueillir les données chiffrées sur le recrutement et la gestion des ressources humaines. Au cours de la seconde nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès des personnes impliquées dans le recrutement et auprès des personnes recrutées.

2.1 L'ETUDE DES DONNEES ADMINISTRATIVES

Les données disponibles en rapport avec la GRH et le recrutement ont été recherchées dans le bilan social, le projet social et le projet du service infirmier.

2.2 LES ENTRETIENS

Ils ont pour objectif :

- **d'identifier :**
 - **les pratiques existantes**
 - **le rôle et l'implication des différents acteurs**
 - **la perception des infirmiers récemment recrutés**

- **de dégager les éléments positifs et négatifs des pratiques observées**

2.2.1 Choix de la population

Notre choix c'est porté sur tous les acteurs intervenant lors d'un recrutement, de la sélection à l'adaptation et l'évaluation des compétences.

☞ **au niveau de la direction**

le directeur des ressources humaines et le directeur des soins

☞ **au niveau des services de soins**

le cadre supérieur infirmier et le cadre infirmier

☞ **au niveau des agents**

Nous avons choisi d'enquêter auprès d'infirmiers recrutés courant 2001, afin que leur vécu soit proche tout en permettant une analyse.

2.2.2 Choix des outils

Nous avons construit une grille d'entretien, spécifique à chaque acteur. Des informations dans quatre domaines ont été recherchées : (annexe n°1)

- la démarche du recrutement mise en place avec ses différentes étapes
- la politique de recrutement et la gestion des carrières développées.
- La mise en œuvre d'une GPEC et les outils utilisés
- La collaboration directeur des ressources humaines (DRH) et directeur des soins (DS).

Les questions sont larges et ouvertes permettant une expression libre du vécu de chacun. Toutefois si le thème n'est pas abordé spontanément et en cas d'imprécision nous avons listé des questions plus précises.

2.2.3 Taille de l'échantillon

Quelle que soit la taille ou l'organisation des établissements, nous avons décidé d'enquêter pour chaque établissement auprès de :

- 1 Directeur des ressources humaines
- 1 Directeur des soins
- 1 cadre supérieur infirmier
- 3 cadres infirmiers,
- 3 infirmiers affectés dans des services différents

L'échantillon total obtenu est de 17 entretiens. Parmi les DRH, seul le DRH du CHU a été interviewé, le poste venant d'être libéré au CHG. Nous avons délibérément limité le nombre d'entretiens notre finalité n'étant pas une recherche d'exhaustivité mais de qualité.

2.2.4 Réalisation des entretiens semi-directifs

Les entretiens ont été réalisés à l'aide de 2 techniques simultanées, un enregistrement et une prise de notes synthétiques. Cette méthode a permis d'échanger avec l'interviewé, et de recueillir l'exhaustivité des propos.

Le choix des cadres et des infirmiers a été laissé à l'initiative du directeur des soins. Chaque entretien a fait l'objet d'un rendez-vous, permettant une disponibilité de l'interviewé. La durée de chaque entretien s'est située entre 45 minutes et 1 heure. Le contexte du travail a été précisé lors de chaque entretien. L'anonymat des réponses était évidemment garanti.

2.2.5 Exploitation

Nous avons choisi d'exploiter simultanément les données des 2 établissements en fonction des 4 thèmes de la grille d'entretien.

De plus, nous avons cherché à identifier l'existence d'une procédure, les moyens mis à disposition pour permettre l'adaptation des compétences, et les améliorations souhaitées tant par l'encadrement que par les infirmiers.

3 - ANALYSE DES DONNEES ADMINISTRATIVES

3.1 BILAN SOCIAL

Nous avons recherché dans le bilan social, des deux établissements, les données chiffrées sur les ressources humaines, leur gestion, l'activité du recrutement, sa projection dans l'avenir.

Les chiffres si dessous, sont extraits du **bilan social 2000** des établissements et ne prennent pas en compte le personnel médical.

Pour information le CHU est constitué de 1676 lits, le CHG 1307 lits

Effectif total rémunéré en équivalent temps plein

Année établissement	1998		1999		2000	
	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG
Toutes catégories professionnelles	3514	2474	3559	2502	3598	2586
Cat Soignant /éducatif	2334	1570	2378	1599	2404	1656

On constate une progression constante des ressources humaines dans les 2 établissements.

Répartition effectif total rémunéré en décembre 2000

catégories	Administratif	Soignant - éducatif	technique	Médico-technique
CHU	12%	66%	14%	8%
CHG	10%	69%	14%	4%

La catégorie soignant- éducatif est nettement majoritaire.

Répartition par âge de l'effectif total pour la catégorie soignant/éducatif année 2000

Tranches d'âges	-25 ans	De 26 à 40 ans	De 41 à 55 ans	+ de 55 ans
CHU	82	1070	1374	40
CHG	10	786	1528	99

La tranche d'âge la plus élevée est celle des 41 à 55 ans. La population soignant – éducatif est légèrement plus âgée au CHG. (63% contre 57% au CHU).

Répartition catégorie des soignants et éducatifs par catégorie et par tranche d'âge

Tranches d'âges	-25 ans		De 26 à 40 ans		De 41 à 55 ans		+ de 55 ans	
	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG
établissements								
Catégorie A CSI	3	0	36	14	4	36	2	5
Catégorie B CI - IDE	29	1	438	301	502	629	7	24
Catégorie C AS	50	7	596	289	830	413	31	27

La répartition importante dans 2 tranches d'âge implique à terme des mouvements de personnels, tels que départ à la retraite, sur des périodes identiques.

Nombre de jours écoulés depuis l'embauche jusqu'à la mise en stage pour la catégorie soignant éducatif nommée à un emploi permanent

Année	1998	1999	2000
CHU	50535	49538	59128
CHG	58572	83560	71899

Les chiffres sont plus élevés pour le CHG. Pour le CHU l'inflation est réelle entre 1999 et 2000. On ne constate pas une tendance significative entre les années. Les chiffres fluctuent.

Mouvement du personnel catégorie soignant éducatif année 2000

Motifs	Établissement	1998	1999	2000
retraite	CHU	11	8	13
	CHG	39	52	42
Mutation	CHU	5	14	17
	CHG	6	6	5
Changement affectation	CHU	347	431	383
	CHG	232	185	215
Recrutement hors mensualités	CHU	49	56	41
	CHG	76	93	121
Recrutement IDE pour CA	CHU	105	108	111
	CHG	25	27	30

Les départs à la retraite sont beaucoup plus nombreux au CHG en lien avec une moyenne d'âge plus élevée des professionnels.

Les recrutements sont permanents avec en nombre plus élevé au CHG pour faire face aux départs à la retraite. Un pic important est constaté pour les mensualités d'été.

Commentaires :

Nous observons des tendances identiques dans les deux établissements.

L'accroissement du nombre total de personnel hospitalier est constant au cours des années. On peut supposer qu'il est en lien avec les évolutions technologiques et le respect des dispositions législatives. Le personnel soignant est nettement majoritaire. La répartition entre catégories professionnelles est similaire avec toutefois pour le CHU un pourcentage de personnel médico-technique plus élevé (X2), en lien avec les activités d'un CHU.

La tranche d'âge la plus importante, les 41-55 ans est identique, toutefois la moyenne d'âge est plus élevée au CHG. On peut supposer qu'elle correspond à une sédentarité plus importante de la population. Le nombre de départ à la retraite augmente sensiblement. Il est plus important au CHG du fait de la répartition importante des agents dans les tranches d'âges élevées.

Les recrutements sont constants avec un pic important, en ce qui concerne les infirmiers, pour la période des congés annuels. Le nombre de jours écoulés avant mise en stage est fluctuant. Il est plus élevé pour le CHG. Il ne semble pas être influencé par une volonté d'attractivité des établissements jusqu'à ce jour.

Ces chiffres, en adéquation avec les données issues de la bibliographie, mettent en évidence l'importance du personnel soignant, constituant la principale ressource humaine hospitalière. Sa gestion tant quantitative que qualitative représente bien un enjeu important.

En ce qui concerne les recrutements, ils sont permanents en lien probable avec des mouvements du personnel ou des créations des postes. De plus, la période d'été engendre un pic important. Compte tenu des tranches d'âge relevées, les départs à la retraite vont s'accroître au cours des prochaines années, ce qui nécessitera une augmentation du recrutement.

Ces données confirment l'intérêt de mettre en place une procédure de recrutement envisageant toutes les étapes de la sélection à l'adaptation des compétences afin de rendre efficace ce personnel dans un souci d'optimisation et de maintien de la qualité des soins.

Rappelons que ces chiffres issus du bilan social 2000 ne prennent pas en compte les besoins induits par la mise en place de la réduction du temps de travail. Nous pensons que le bilan social de 2001 puis de 2002 feront apparaître un fort accroissement des besoins.

3.2 PROJET SOCIAL

A travers son exploitation nous avons recherché les éléments en lien avec le recrutement.

AU CHU, ce projet est récent. Il est défini pour la période 2001-2005. Il se décline en 9 axes de travail.

- l'évolution et la consolidation de l'emploi
- l'évaluation
- l'expression des salariés
- les conditions de travail
- les missions sociales vis à vis des salariés
- le rôle de l'encadrement
- la médecine du travail
- le handicap
- la formation

Le recrutement est abordé dans son axe premier à travers " l'élaboration et la généralisation des profils de poste par fonction afin de mieux adapter les recrutements ".

Il précise la mise en place d'une journée d'accueil institutionnel des nouveaux salariés. Toutefois la notion de procédure de recrutement n'est pas retrouvée. Aucune de ses étapes n'est envisagée dans un projet formalisé.

Au CHG, le projet d'établissement est plus ancien. Élaboré pour la période 1999-2003, son projet social retient 5 thèmes.

- l'évaluation du personnel, rendue obligatoire selon une méthodologie commune à l'ensemble de l'établissement
- l'encadrement, avec une définition de fonction dont un axe aborde la GRH précisant "le cadre organise le processus d'encadrement des nouveaux personnels et stagiaires "
- l'évolution des métiers avec un accent mis sur l'adaptation qualitative des fonctions compte tenu des orientations du projet d'établissement
- la formation
- l'amélioration des conditions et des relations de travail.

Commentaires

La lecture des projets sociaux nous a permis de percevoir l'importance accordée à la GRH. Des informations concernant le recrutement sont retrouvées dans plusieurs axes, mais aucun n'envisage l'intégralité de la procédure. Le rôle des cadres est nettement identifié dans l'adaptation des compétences et l'évaluation du personnel.

3.3 PROJET DU SERVICE INFIRMIER

Au CHU, 4 axes de travail sont précisés :

- ⇒ la recomposition de l'hôpital en pôles qui induit une volonté de mobilité du personnel à l'intérieur d'un pôle,
- ⇒ l'évaluation et la recherche en soins infirmiers,
- ⇒ l'évolution des métiers soignants pointant la nécessité de poursuivre une formation continue des professionnels,
- ⇒ la démarche qualité et l'évaluation impliquant l'élaboration de référentiel.

Au CHG, 3 axes de travail sont retrouvés :

- ⇒ le système d'information et le dossier de soins avec un objectif de dossier unique,
- ⇒ les charges en soins afin d'optimiser les ressources tant en effectifs qu'en qualifications,
- ⇒ la démarche qualité dans une logique d'accréditation.

Commentaires :

Bien que le recrutement ne soit pas identifié comme tel, nous percevons à travers les axes des projets du service infirmier une implication importante dans la gestion des ressources humaines, une volonté d'amélioration continue de la qualité des soins et une recherche de développement des compétences des professionnels. Toutefois n'apparaît pas une réflexion commune, transversale sur le recrutement et l'adaptation des compétences ne favorisant pas une cohérence et une logique partagée dans ce domaine.

4 - RESULTATS DES ENTRETIENS

4.1 IDENTIFICATION DE LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT

C'est à travers les entretiens auprès des DRH et DS que nous avons identifié la politique de recrutement et de gestion des carrières. Après analyse des pratiques nous pouvons dire que les modalités de recrutement et de gestion de la carrière sont influencées par l'attractivité de l'établissement.

Au CHU, les difficultés de recrutement, connues pour la première fois cette année, ont incité l'établissement à mener une politique de recrutement plus offensive. Elle passe par une démarche marketing auprès des IFSI de la région, des annonces dans la presse régionale et presse locale, un recrutement en contrat à durée indéterminée avec une période d'essai de 3 mois. Il propose ensuite une stagiairisation 2 ans après, en tenant compte des évaluations. Pour autant la DS exprime sa volonté de maintenir une sélection à l'embauche et refuse de

recruter des infirmiers *"jugés non adaptés au CHU"*. Elle précise : *" il va être réellement nécessaire de se pencher sur le recrutement, nous devons repenser nos méthodes, être attractif par nos conditions d'embauche, d'aides matérielles et surtout nos méthodes d'accueil et l'intégration."*

Au CHG, situé dans une région très attractive, il ne connaît aucune difficulté de recrutement. Il est très souvent sollicité pour des mutations internes à la fonction publique. Il bénéficie de deux périodes de fort recrutement de nouveaux diplômés grâce aux IFSI de la région, l'un ayant des sorties en juin et l'autre en novembre. Il n'a pas modifié sa politique de recrutement. Les nouveaux diplômés sont recrutés sous contrat à durée déterminée, quelquefois à temps partiel en fonction des besoins de l'établissement.

4.2 IDENTIFICATION DE LA GPEC

Le DRH et les DS évoquent la nécessité d'anticiper les besoins en personnel et la volonté de développer une politique de formation et de promotion professionnelle. Toutefois, ils précisent ne pas utiliser des outils spécifiques à la GPEC, tels que tableaux de bord. L'analyse des données du bilan social, notamment la pyramide des âges, est utilisée pour faire des prévisions à 2, 3 ans au maximum, au-delà des difficultés apparaissent.

4.3 IDENTIFICATION DE LA COLLABORATION DRH ET DS

Au CHG, l'absence de DRH en poste ne nous a pas permis de l'apprécier conjointement. Toutefois, la DS exprime l'importance *« d'une bonne collaboration entre les deux directions, facteur d'efficacité et de cohérence »*

Au CHU, la relation est qualifiée d'efficace et s'effectue dans un climat de respect et de confiance réciproque. *« Quand on a un questionnement, on échange, on se conseille et les solutions sont souvent plus faciles à trouver »*.

Dans chaque institution il est organisé des rencontres formelles concernant la GRH. Les modalités en sont différentes. Réunion mensuelle au CHU en présence du directeur général adjoint, hebdomadaire au CHG avec la participation des cadres supérieurs.

4.4 IDENTIFICATION DE LA DEMARCHE DE RECRUTEMENT REALISEE

Le DRH du CHU précise avoir totalement délégué cette activité, en ce qui concerne les infirmières, au DS. Il limite son rôle à la vérification des conditions d'embauche dans la fonction publique et à la constitution du dossier administratif.

“ La DS est totalement autonome, nous travaillons en collaboration et dans la confiance. Je ne reçois pas les candidats aux postes d’infirmiers, c’est la DS qui apprécie si l’infirmière présente les caractéristiques souhaitées pour être recrutée, elle en a toutes les compétences. La DRH se chargera ensuite des formalités administratives suites aux données de la direction des soins ”

Au CHG, la DS nous précise *“précédemment j’étais totalement responsable de la sélection, mais je devais jouer des coudes avec le chef de bureau en ce qui concerne la date précise du recrutement et l’annonce de l’affectation à l’agent qui est de ma responsabilité. Bien souvent au préalable je joue avec la mobilité interne. Pour un poste libéré en pneumologie le recrutement sera peut-être pour un autre service.”*

L’encadrement supérieur met en exergue ces difficultés de coordination source de malentendu entre les nouveaux infirmiers, le cadre supérieur, le DS et le chef de bureau de la DRH responsable des recrutements.

“ on arrive quelquefois à une situation quasi conflictuelle, chacun ayant l’impression que les autres ont empiété sur son territoire et on arrive à faire n’importe quoi ”

4.4.1 le déclenchement de la procédure de recrutement

L’exploitation des entretiens des DS et de l’encadrement, nous permet d’identifier deux modalités de recrutements.

- Des recrutements en masse sur la période des congés annuels, une centaine sur le CHU, entre 30 et 40 sur le CHG.
- Des recrutements étalés sur l’année de un ou plusieurs agents sur la même période afin de pallier aux mouvements du personnel.

Ces recrutements sont hors concours et le plus souvent en contrat à durée déterminée ou indéterminée. Ils constituent une charge de travail importante, notamment sur la période d’été comme l’exprime un DS *«la préparation de la période d’été représente une charge de travail importante pour moi, je suis toute la journée en entretien ».*

Toutes deux, expriment une augmentation de cette activité. *“avec la constitution du pool Aubry on a commencé à augmenter les recrutements, maintenant c’est la RTT qui prend le relais”.*

4.4.2 la sélection du candidat

Dans les deux établissements les modalités de sélection sont identiques. L’encadrement supérieur infirmier (CSI) ou de proximité n’intervient pas. Les candidats sont reçus exclusivement par le DS. Un CSI précise *«ici, la sélection ne nous appartient pas, c’est une procédure administrative, nous ne sommes pas impliquées »*

Suite à l'envoi d'un curriculum vitae, les postulants sont convoqués par courrier ou par téléphone à un rendez-vous. Il est demandé aux jeunes diplômés de se munir de leur livret scolaire. Toute demande positive, négative ou mise en attente fera l'objet d'une réponse écrite par la DRH.

On constate toutefois qu'au CHU le DS étant totalement autonome aucun problème de coordination n'est évoqué, ce qui n'est pas le cas au CHG, ce dysfonctionnement étant mis en exergue à plusieurs reprises par l'encadrement supérieur.

⇒ Organisation de l'entretien de recrutement

Les DS évoquent des pratiques similaires pour tous les candidats. Lecture de la lettre de candidature et du curriculum vitae, puis utilisation d'une fiche d'entretien. Aucun autre document tel que profil de fonction n'est utilisé. On retrouve dans le déroulement de l'entretien :

- une présentation générale de l'établissement
- un bilan d'expérience
- l'évocation du cursus de formation avec consultation du livret scolaire
- une recherche des souhaits d'affectation

Toutefois une modalité diffère. **Au CHG** le DS précise *« je cherche à apprécier les aptitudes des infirmiers et je définis avec eux un profil d'affectation, on négocie »*.

Au CHU la négociation semble plus aléatoire *« vu le marché de l'emploi, les jeunes infirmiers ont de plus en plus d'exigences, notamment en ce qui concerne leur affectation, ils n'hésitent pas à faire du chantage pour être affecté dans une unité spécifique. Ils sont également très demandeurs par rapport aux modalités de leur encadrement. Toutefois quand je pense qu'un infirmier ne convient pas pour l'établissement je ne le recrute pas »*

⇒ Choix de l'établissement

il est guidé par :

- des raisons familiales en lien avec le choix de la ville
- la connaissance de l'établissement en lien avec les études réalisées à l'IFSI.

Sur les six infirmiers interrogés, trois ont été formés à l'IFSI des établissements, deux au CHU et un au CHG. Les autres ont été guidés par l'attrait de la ville.

⇒ Expression du vécu de l'entretien

La perception des infirmiers est différente d'un établissement à l'autre.

Au CHU tous les 3 expriment un sentiment de déception par rapport à leur entretien.

“ Mon entretien a durée 5 minutes, on ne m’a posé aucune question sur mes motivations, mon expérience, on a pas cherché à mieux me connaître. Mon livret scolaire a été feuilleté, on m’a demandé mes préférences pour les services dans lesquels je souhaitais travailler. »

Au CHG ils expriment le fait qu’on leur ait posé de nombreuses questions sur leurs formations, leurs stages, leurs connaissances, leurs objectifs afin de définir avec eux un profil d’affectation. L’examen de leur dossier scolaire a été attentif, L’entretien a été vécu comme *“ une recherche de connaissances sur eux et leurs motivations ”*.

4.4.3 l’affectation

Les témoignages nous permettent de dire qu’elle ne repose pas sur l’utilisation des profils de poste, qu’ils existent ou non comme c’est le cas dans un établissement.

AU CHU, le DS précise *“je tente de respecter au maximum les orientations formulées pour les affectations afin de rester attractif ”*.

Au CHG, l’affectation est décidée par le DS suite au profil élaboré avec le candidat lors de l’entretien. Elle nous précise *« je décide de l’affectation, je communique ensuite le dossier à la DRH qui déclenche la procédure administrative »*.

L’encadrement, nous l’avons dit, n’intervient pas dans la décision d’affectation. Les CSI le déplorent *« nous n’intervenons pas dans la décision d’affectation c’est dommageable notamment pour la période d’été ou les recrutements sont nombreux. On connaît mieux les exigences des services, si on pouvait choisir parfois ça se passerait mieux »*.

Il nous est rapporté l’expérience d’une affectation inadaptée ayant eu des conséquences sur le fonctionnement du service. *“Le cadre et l’équipe ont passé beaucoup de temps pour tenter de la former, mais elle n’a pas pu rester. Le service c’est retrouvé en difficulté sans solution de rechange. »*

⇒ Communication de la décision

Au CHU, un infirmier a eu connaissance de son affectation lors de son entretien, les deux autres ont téléphoné quelques jours après leur entretien. Ils expriment une satisfaction par rapport au respect du choix par grandes disciplines qu’ils avaient formulé. Aucune modification dans le choix annoncé n’a été relevée.

“ j’étais inquiet, je n’avais pas envie de me retrouver n’importe où, heureusement, je suis dans un service que j’avais choisi ”

Au CHG, les trois infirmiers ont été recrutés sur la période d’été. Deux d’entre eux ont eu connaissance de leur affectation lors de l’entretien. L’une a été négociée lors de l’entretien avec le DS, elle ne correspondait pas au 1^{er} choix exprimé pour un, pour l’autre l’affectation a été proposée par le DS et acceptée par l’agent. Enfin pour le 3^e l’affectation lui sera

communiquée ultérieurement par un agent de la DRH et modifiée à plusieurs reprises par le cadre supérieur.

4.4.4 l'accueil et l'intégration dans l'établissement

Il existe dans les 2 établissements des journées d'accueil institutionnel commune à tous les professionnels. Mensuelles au CHU, il en existe 5 réparties sur l'année au CHG.

Au CHU, cet accueil est organisé sur 2 journées. La première est commune à tous les professionnels. L'établissement est présenté et des renseignements essentiellement administratifs sont donnés, comme au CHG. La 2^e journée est réservée aux non soignants, elle apporte des notions sur l'hygiène et le secret professionnel, notions déjà connues des professionnels de la santé. Ces journées sont animées par la DRH. Elles ont été évaluées et *"ont obtenu un taux de satisfaction élevé chez les professionnels »* nous précise le DRH du CHU. Il déplore toutefois *"que l'ensemble des nouveaux professionnels n'assiste pas à ces journées "*

Au CHG, Le DS nous précise qu'elle organise pour la première fois une journée d'accueil supplémentaire spécifique au service infirmier. Elle apportera des informations complémentaires sur les accidents d'exposition au sang, l'hémovigilance, les infections nosocomiales, les transmissions ciblées, la démarche qualité.

Sur les six infirmiers interrogés, deux seulement ont assisté aux journées d'accueil. Trois en connaissent l'existence, deux pour y avoir assisté, le troisième pour en avoir été informé par son cadre. Il précise *"je n'ai pas jugé utile d'y aller car j'ai fait mes études à l'IFSI du CHU "*.

Les deux établissements disposent d'un livret d'accueil du nouveau personnel. Seuls les trois IDE du CHG le possède car il leur a été remis par la DRH lors de la signature de leur contrat. Il faut préciser qu'au CHU, il est remis lors des journées d'accueil :

A la question, connaissez-vous le projet d'établissement et le projet du service infirmier ?

Ils répondent tous par la négative. Ils précisent, plus d'un an après leur arrivée, ne pas avoir un sentiment d'appartenance à l'institution et le déplorent.

" Je trouve dommage qu'à notre arrivée on ne nous présente pas l'hôpital, les différentes personnes ressources par exemple. Je viens d'apprendre qu'il y a une infirmière d'hémovigilance, je voudrais bien connaître son rôle."

" on se sent limiter aux soins, c'est tout, on n'est réellement pas attendu "

" on est un numéro et c'est tout "

Ils en expriment un regret et la nécessité d'un temps, trouvé long, pour prendre des repères.

" je me suis sentie perdue dans ce grand hôpital "

“ Je ne savais pas où étaient situés les services. Le matin avant d'embaucher, je cherchais sur le panneau où était le service car je travaillais sur le pool et je changeais presque tous les jours ”

"Si on nous pilotait un peu à notre arrivée on serait rapidement plus efficace. Au début quand je devais aller récupérer un examen au laboratoire, je me perdais tout le temps"

4.4.5 L'accueil et l'intégration dans les services d'affectation

⇒ Expression des Directeurs des soins

Au CHU comme au CHG, les DS nous précisent que les modalités sont très disparates d'une unité à l'autre et plus ou moins formalisées. Elles n'ont pas fait l'objet d'une réflexion transversale du service infirmier. Toutefois, toutes deux expriment le souhait de travailler sur ce projet *“ un de mes futurs projets serait de réaliser un travail transversal sur l'accueil et l'intégration des nouveaux soignants. Les infirmiers, nouveaux diplômés, sont de plus en plus nombreux, ils sont demandeurs et puis il faudra qu'ils soient opérationnels rapidement, cela va devenir une nécessité”*.

⇒ Expression des cadres supérieurs

Au CHU le cadre supérieur précise : *«les modalités mises en place induisent peu notre implication. Les principaux acteurs sont le DS en amont et le cadre de proximité en aval »* Il définit son rôle ainsi : *«on sert souvent de relais pour les amener dans les services »* car les CSI accueillent généralement l'ensemble des infirmiers affectés à leur pôle et les répartissent dans leurs unités respectives. Un entretien n'est pas systématiquement organisé avec chaque agent. Les modalités pratiques d'intégration sont laissées à l'initiative du cadre de proximité, d'où la diversité des outils utilisés. Le cadre supérieur identifie peu ses possibilités d'actions, cependant il exprime le souhait de les développer.

Au CHG, le CSI nous précise qu'il reçoit généralement les nouveaux infirmiers soit le premier jour ou la première semaine. Quelquefois l'arrivée d'un nouvel agent n'étant pas planifié, le cadre supérieur est appelé en urgence par la direction des ressources humaines pour le prendre en charge.

“ quand on ne sait pas quoi faire d'un agent, il finit dans le bureau du cadre supérieur, alors l'accueil est parfois peu accueillant ”

En ce qui concerne l'encadrement des nouveaux, il précise *“ on fait travailler l'agent en doublure, on le jumelle à une infirmière experte et pédagogue. L'encadrement peut varier de 1 ou 2 jours, jusqu'à 1 mois dans les services plus techniques tel que l'hémodialyse ”*

Toutefois le cadre supérieur exprime des dysfonctionnements.

“ on travaille dans l'urgence, je suis parfois scandalisée de la façon dont on accueille les nouveaux, ils sont prévus sur le roulement dès 6h30 le matin sans doublure ”

⇒ Intervention des cadres infirmiers.

Tous se sentent impliqués et intéressés par l'accueil des nouveaux infirmiers. Régulièrement tout au long de l'année et plus intensément sur la période d'été, ils accueillent des nouveaux infirmiers. A cette occasion Ils réalisent systématiquement un entretien d'accueil le premier jour. Un seul cadre réalise une fiche d'entretien. Généralement ils présentent le service, le font visiter, présentent le personnel.

L'un d'entre eux exprime ainsi son implication *“ je suis très attentive à leur vécu, je ne veux pas qu'ils soient en difficulté, j'observe leur attitude. On intègre de plus en plus de jeunes diplômés, il est nécessaire de les accompagner ”*

Un autre précise : *“ le positionnement du cadre est fondamental, c'est lui qui fait le lien entre l'équipe ancienne, les médecins et le nouveau ”*

◆ IDENTIFICATION DES MOYENS MIS EN PLACE POUR FAVORISER L'INTEGRATION

➤ Procédure d'encadrement des nouveaux infirmiers

Deux services possèdent une procédure formalisée. Toutes deux émanent d'une initiative personnelle du cadre. Un cadre souhaite la faire valider par le DS. L'autre nous précise : *J'ai tellement souffert jeune infirmière de l'accueil dans les services, j'étais totalement perdue, que je fais attention ”.*

Ce même service à élaborer une procédure d'accueil formalisée pour les étudiants en soins infirmiers avec remise d'un livret présentation du service et de la procédure d'encadrement. Un bilan des acquis est réalisé à l'arrivée et à la fin de chaque semaine de stage. Ce document s'appuie notamment sur les actes infirmiers issus du précédent décret n°93-345 du 23 mars 1993 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession.

Les quatre autres services citent de nombreux documents ressources à disposition des soignants mais pas de document unique. L'un d'entre eux nous précise : *“ on est encore dans une tradition orale ”*

Conséquences de l'absence d'une procédure.

Elles peuvent être illustrées par les propos d'un cadre : "on a tort, on gagnerait à avoir réfléchi et organisé l'encadrement des nouveaux. Je trouve que les jeunes diplômés mettent de plus en plus de temps à s'adapter. On ne les aide pas assez, et de ce fait il faut les doubler beaucoup plus longtemps. Je suis sans cesse obligé de faire revenir les anciennes le week end et cela crée des tensions dans l'équipe entre les jeunes et les anciennes."

➤ Tutorat

Il est systématique pour les 6 unités, mais de durée variable, allant de une à trois semaines. La possibilité de faire appel aux agents du pool de remplacement afin de maintenir la période de tutorat est évoquée. Le tutorat consiste à faire travailler en doublure le nouvel infirmier et un infirmier plus expérimenté. Aucun des services n'a spécialement identifié des référents, l'opportunité du planning induit le choix pris par le cadre. Une réflexion sur le rôle du référent n'a pas été organisée par les unités.

L'objectif du tutorat est illustré par les propos d'un cadre : " Pendant cette période il faut lui donner tout pour qu'il puisse voler de ses propres ailes et pour ne pas avoir de lacunes, qu'il mettra du temps à combler. Investir au début pour avoir quelqu'un de performant plus tard "

➤ Les Ressources matérielles citées par les cadres

CHU		CHG	
ressources	fréquence	ressources	fréquence
Les profils de poste	2/3	La fiche d'identité du service	1/3
La fiche d'identité du service	2/3	L'organisation des activités	2/3
Le livret d'accueil du personnel	2/3	Les protocoles de soins	2/3
Les protocoles de soins	3/3	Les compte rendus de réunions	1/3
Le référentiel dossier de soins	1/3	Le rapport d'activité	1/3
La fiche explication du planning	2/3	Les notes internes au service	1/3
Les comptes rendus de réunions	1/3		
Une bibliographie	1/3		

Ces documents ne sont pas systématiquement remis au nouvel infirmier. Ils ne font pas l'objet d'un document unique.

Les autres ressources citées sont des cours théoriques et l'organisation d'ateliers pratiques.

◆ **LES AMELIORATIONS SOUHAITEES PAR L'ENCADREMENT**

2 axes sont exprimés par la majorité.

- **la formalisation de la procédure d'accueil et d'intégration**

" les choses sont dites, mais souvent pas entendues. Cela permettrait de donner des repères et de savoir où l'infirmier en est "

"on travaille toujours dans l'urgence il faudrait prendre le temps de construire une procédure identique pour tous les agents afin de les guider "

- **travailler sur les compétences**

" élaborer une fiche de compétence sur le savoir, savoir-faire, savoir être "

" cela m'aiderait à nommer les choses en particulier quand il y a des difficultés "

"je souhaiterais élaborer un support écrit avec des paliers d'apprentissage "

Une meilleure coordination concernant la décision d'affectation est citée par 2 cadres du CHG

⇒ Interventions des infirmiers.

Quel que soit l'établissement, les infirmiers ont tous été reçus la première journée par le cadre de l'unité. Aucun avant leur arrivée n'avait rencontré le cadre du service d'affectation. Certains ont eu la perception d'être attendus, d'autres ont eu l'impression que le cadre n'était pas informé.

Lors de cet entretien le fonctionnement du service leur a été présenté rapidement. Un seul infirmier a reçu le profil de poste du service. La visite de l'unité n'a pas été systématique. Deux infirmiers ont eu des explications par rapport au planning. Toutefois un précise : *"je n'ai rien compris, elle m'a expliqué mais ne m'a donné aucun document"*.

L'expression des infirmiers permet de dire que ce premier entretien est ressenti comme un moment important. *"j'avais besoin d'être rassuré, je ne connaissais ni l'hôpital, ni le service"*

◆ RECHERCHE DES MOYENS POUR FAVORISER L'INTEGRATION

➤ Une procédure d'encadrement formalisée ?

Aucun infirmier n'a reçu un document exposant les modalités de leur encadrement. Des informations orales leur ont été données précisant qu'ils *"travailleraient en doublure quelques temps"*

➤ Tutorat

Les six infirmiers ont bénéficié d'une période d'encadrement par une ou plusieurs infirmières.

Trois ayant eu une seule infirmière référente, expriment une satisfaction : *"cela m'a sécurisé j'étais tout le temps avec la même. Après, elle savait ce que je savais faire."* Les autres ont eu des référents en fonction des opportunités du roulement. *"J'ai changé tous les jours, cela n'a pas été une aide car elles me répétaient toutes le même chose. J'avais l'impression d'être une élève, c'était bloquant."*

Le tutorat a consisté majoritairement à observer dans un premier temps puis réaliser sous observation. *" la première semaine j'ai observé, posé beaucoup de questions puis dès la 2^e semaine on a divisé le travail en 2 et la 3^e semaine j'ai demandé à prendre les malades en charges ".*Tous parlent plutôt de *"la bonne volonté de l'infirmière encadrante"*.

Ils expriment de la satisfaction par rapport à leur tutorat, *"je me sentais en sécurité"*. Toutefois les regrets sont également exprimés : *"je pense que si l'encadrement était plus réfléchi et structuré on pourrait être rapidement plus opérationnel. On nous montre parfois 2 ou 3 fois la même chose"*

"maintenant quand j'encadre une nouvelle, je fais le point avec elle sur ce qu'elle sait et ne sait pas pour avancer"

➤ Les ressources citées

Il est cité essentiellement « *les classeurs* », notamment les protocoles de soins. Toutefois deux infirmiers expriment une difficulté pour retrouver l'information utile rapidement.

" il y a tellement de classeurs que quand on en a besoin on ne sait pas où chercher et puis ici on a rarement le temps de les lire avant "

Le cadre infirmier est cité comme personne ressource par deux infirmières, les équipes médicales par une majorité des infirmiers.

Les collègues sont citées 3 fois avec la perception d'être la *"petite dernière"*, sentiment quelquefois perçu comme difficile.

La planification théorique de l'organisation d'une journée de travail est citée par une seule infirmière.

◆ **LES MANQUES EXPRIMÉS**

L'expression des infirmiers permet d'identifier des manques dans les domaines suivants

- **Un guide dans l'acquisition des compétences**

Deux infirmiers auraient souhaité, lors de leur arrivée, avoir une évaluation de leurs connaissances et de leurs compétences afin d'être guidées dans leurs acquisitions.

" un bilan d'arrivée sur ce que je savais et ce que je savais faire m'aurait guidé "

" avoir un inventaire de tout ce que je devais savoir et pouvoir le suivre avec la personne qui m'encadre "

L'absence d'un document permettant de situer " *son niveau et ses manques* " est perçue comme une lacune.

- **Des informations centralisées**

Les infirmiers auraient souhaité avoir un document regroupant toutes les informations utiles.

" Dès le début il faudrait donner la base aux nouveaux. On perd un temps à la pêche aux informations "

L'exploitation des classeurs est souvent perçue comme difficile et tardive.

La non-présentation du projet du service induit pour une infirmière *" l'impossibilité de se projeter "*

- ◆ **EXPRESSION GLOBALE DE LEUR VECU**

Avec un recul d'une année, les infirmiers n'ont pas un vécu négatif. Ils expriment des moments difficiles : *"j'étais dans l'incertitude, tout le monde était très attentif, gentil, mais personne ne pouvait me guider concrètement et me dire les soins que je devais encore apprendre".*

Ils expriment le fait que leur intégration aurait pu être facilitée et plus rapide grâce à une meilleure organisation. « *Si on m'avait guidé autrement qu'en ne faisant que me regarder comme une élève cela aurait été plus formateur et j'aurais pu être opérationnel plus rapidement* ».

Ils déplorent la difficulté d'exploiter les ressources documentaires existantes. Ils attribuent une importance considérable à la qualité de l'infirmière qui les a encadré.

Au bout d'un an ils pensent avoir fait des acquisitions leur permettant d'être capable de gérer les situations les plus quotidiennes. Une moyenne de 6 à 7 mois est citée pour se dire adapté dans une unité.

4.4.6 L'évaluation

Dans les deux établissements, ni le DS, ni le cadre supérieur n'interviennent dans les évaluations, hormis pour les agents en grandes difficultés. Ils sont toutefois informés par l'intermédiaire des feuilles d'évaluation utilisées par l'encadrement de proximité qu'ils visent avant de les faire parvenir à la direction des soins. Un CSI précise *“ c'est le rôle propre du cadre de proximité, par contre on en a des échos et on intervient en cas de difficulté ”*

Les cadres évaluent à périodicité variable, en fonction de leur propre initiative. Selon les personnes on constate une évaluation dès la fin de la première semaine ou au bout d'un mois. Deux cadres impliquent les infirmiers tuteurs, un seul mentionne la notion de contrat de progression.

Cinq des six infirmiers ont été évalués. Leur perception est différente. Un des infirmiers évalué précise que son évaluation ne l'a pas aidé à progresser, mais qu'elle a permis d'avoir plus de confiance en lui. Un autre nous dit *“ elle ne m'a rien apporté ”* et un autre *“ elle m'a permis de savoir aussi bien les cotés positifs, que négatifs, ce qui m'a permis d'avancer ”*.

4.5 SYNTHÈSE

4.5.1 Recensement des pratiques rencontrées et des ressources disponibles

◆ Tableau n°1 *Recrutement et accueil au niveau de l'institution*

Pratiques institutionnelles	Fréquence par établissement
Journée d'accueil institutionnel	2
Livret d'accueil du personnel	2
Journée d'accueil service infirmier	1
Adaptation politique de recrutement au marché	2
Intervention encadrement sélection/affectation	0

◆ Tableau n° 2 *Recrutement et intégration : vu par les infirmiers*

Pratiques	Fréquence par infirmière
Participation à la journée d'accueil institutionnel.	0
Remise du livret d'accueil	3
Entretien DS	6
Entretien DRH	0
Respect choix affectation	4
Entretien avec cadre supérieur	3
Entretien cadre infirmier	6
Tutorat	6
Évaluation	5
Connaissance du projet d'établissement	0
Connaissance du projet du service infirmier	0
Connaissance du projet du service	1

◆ **Tableau n° 3** **Recrutement intégration : pratiques de l'encadrement lors de l'entretien d'accueil**

Informations et pratiques	Fréquence par cadre
Visite du service	4
Présentation équipe médicale	1
Présentation du service	5
Présentation tuteur	1
Explication du planning	2
Présentation orientations projet du service	1
Présentation profil de poste	0
Présentation organisation des soins	2

◆ **Tableau n° 4** **Inventaire des ressources citées**

Ressources citées par les cadres et les infirmiers	Fréquence sur un total de 6 cadres	Fréquence sur un total de 6 infirmiers
Procédure encadrement	1	0
Référentiel dossier de soins	1	0
Profils de poste	2	0
Protocoles de soins	6	6
Planification des tâches	4	0
Présentation du service	2	0
Présentation du planning	2	1
Compte rendu de réunions	2	0
Rapport d'activité	1	0
bibliographie	1	0
Cours	1	1

4.5.2 synthèse des données

Le marché de l'emploi étant différent pour les 2 établissements, la politique de recrutement et plus particulièrement les conditions d'embauche, y sont particulières.

On constate une prégnance de la direction des soins infirmiers dans le recrutement des infirmières sans toutefois que le rôle et les tâches des 2 directions (DRH - DS) soit concrètement définis et formalisés. Ceci est une source de dysfonctionnement au CHG.

Les deux institutions ont le souci d'accueillir les nouveaux agents puisqu'il y est organisé des journées institutionnelles et qu'il existe un livret du personnel. Cependant l'objectif de ces journées est mal interprété et les modalités d'organisation n'induisent pas que tous les agents puissent y assister.

Aucune information précise n'est retrouvée sur la procédure de recrutement. Elle n'est formalisée dans aucun des établissements.

Les entretiens de sélection sont réalisés exclusivement par les directeurs de soins. Le vécu des infirmiers est différent d'un établissement à l'autre suite à des pratiques différentes.

L'encadrement supérieur infirmier intervient peu. L'encadrement de proximité a par contre un rôle important dans l'accueil et l'intégration dans l'unité et lors des évaluations.

Les raisons qui motivent l'affectation sont différentes. Au CHU, elles visent la satisfaction de l'agent pour rester attractif, au CHG elle est négociée avec l'agent.

En ce qui concerne l'accueil et l'intégration dans les services de soins, les pratiques observées sont très disparates, appliquées de façon aléatoire et laissées à l'initiative du cadre de proximité. Un seul point commun, tous les infirmiers ont bénéficié d'une période de tutorat. Les ressources documentaires citées pour faciliter l'intégration sont variables, aucunes n'étant spécifiques à l'accueil des nouveaux personnels. Elles sont peu consultées. L'existence des profils de poste n'est pas systématique, leur exploitation est faible.

On constate une dissonance entre les pratiques exprimées par l'encadrement et le vécu des nouveaux infirmiers.

Les souhaits exprimés tant par l'encadrement que par les nouveaux infirmiers seraient de travailler à partir d'un référentiel de compétences permettant de guider l'apprentissage et de définir un contrat de progression.

Environ un an après leur arrivée les infirmiers se sentent globalement intégrés dans les services et peu dans l'institution.

5 - ANALYSE DES RESULTATS

Notre objectif n'était pas de faire une étude comparative des établissements mais d'identifier des pratiques différentes. C'est pourquoi nous avons choisi de faire une exploitation et une analyse globale des données recueillies.

De cette analyse sera dégagée les points faibles et les points forts identifiés.

Cependant nous ne prétendons pas avoir réalisé une étude exhaustive, l'existence de modalités différentes est probable.

L'enquête nous a permis de recueillir des données nous permettant de :

- Confirmer l'importance quantitative des recrutements, et leur accroissement pour les années futures, compte tenu d'une part des données démographiques et d'autre part de la mise en place de la réduction du temps de travail.
- D'apporter des réponses aux questions de départ.

En effet, nous avons pu identifier les pratiques utilisées lors du recrutement des nouveaux infirmiers et les moyens mis à leurs dispositions pour les aider à adapter leurs compétences.

◆ **une politique de recrutement adaptée au contexte du marché de l'emploi**

Au regard des éléments recueillis, nous pouvons affirmer que la politique de recrutement est variable et adaptée au contexte du marché de l'emploi et de l'attractivité de l'établissement. Une réactivité semble donc nécessaire au contexte local ou régional. Ces éléments nous permettent de dire que le directeur des soins et le directeur des ressources humaines doivent avoir une bonne connaissance du marché de l'emploi, des besoins de l'établissement présents et futurs afin d'anticiper les situations et d'adapter la politique de recrutement.

◆ **une GPEC non formalisée**

Malgré la perception d'une recherche d'anticipation des situations, et d'adaptation des métiers à travers les axes du projet social des deux établissements, la GPEC n'est pas formalisée et ne fait pas l'objet de documents spécifiques, tels que tableaux de bord. Seul le bilan social est pointé comme apportant des éléments indispensables. Une politique de formation et d'évaluation est développée et identifiée dans le projet du service infirmier des établissements en lien avec une adaptation des compétences. L'ancienneté et l'expérience des professionnels interviewés leur permet de se projeter et de rester adapter à l'environnement. Nous pensons que la mise en place d'outils communs partagés entre les deux directions permettrait une projection à un plus long terme et plus objective. Elle favoriserait une collaboration plus étroite et pérenne entre les différents acteurs.

◆ **une politique d'accueil institutionnel développée**

Les chiffres extraits du tableau n°1 nous permettent de dire que le souci d'accueillir le nouveau personnel semble une constante pour les établissements. Des modalités sont mises en place, journée d'accueil, livret d'accueil qui sont effectivement demandées par le personnel. Toutefois l'organisation ne permet pas à tous les salariés d'en bénéficier et surtout d'assurer le suivi de leur participation (tableau n°2). Ainsi les modalités mises en place ne sont pas optimisées. Cette absence induit chez les nouveaux soignants un sentiment de non-intégration dans l'institution.

◆ **une collaboration DS et DRH empirique**

Les deux directions sont impliquées dans le recrutement des nouveaux IDE. Les modalités de sélection mises en place peuvent être variables d'un établissement à l'autre, toutefois l'existence d'une relation de confiance permet la complémentarité. Un élément nous semble important : la définition précise des rôles et des fonctions de chacun des intervenants permettant d'éviter des dysfonctionnements et garantissant à terme le fonctionnement.

◆ **une procédure de recrutement non formalisée**

Bien que nous ayons constaté que le recrutement faisait l'objet de pratiques identiques de la part des DS, la procédure de recrutement n'est jamais envisagée dans sa globalité et ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée quelles que soient les étapes. De plus, on ne retrouve pas cet axe de travail dans le projet du service infirmier, ce qui ne permet pas une philosophie commune et une homogénéité des pratiques et des outils notamment en ce qui concerne l'accueil et l'intégration comme le montrent les tableaux 3 et 4. Cette absence laisse libre cours à l'initiative et à la bonne volonté de chacun. Elle ne permet pas un résultat certain et est source d'iniquité.

A l'heure où la GRH et les compétences sont un facteur de qualité, ces modalités doivent être structurées et formalisées dans un projet commun et partagé par la DRH et la Direction des soins.

L'exploitation des entretiens nous permet de dire que les difficultés de recrutement actuelles, le souci constant d'amélioration de la qualité des soins, induisent une volonté de la part des directeurs des soins de s'engager dans une amélioration de leurs pratiques et dans la construction d'une procédure de recrutement en impliquant l'ensemble des acteurs concernés.

➤ Les étapes de sélection et d'affectation.

Seul le DS intervient. L'été les recrutements sont nombreux et ils représentent une charge de travail importante. L'encadrement supérieur n'intervient pas, ce qui est source d'insatisfaction et de difficulté de positionnement. Leur compétence est sous exploitée.

➤ Les étapes d'accueil et d'intégration

L'encadrement supérieur est également peu impliqué dans ces étapes. Il joue essentiellement un rôle d'accueil, rapidement transféré au cadre de proximité.

L'encadrement de proximité est identifié comme le pivot et l'acteur majeur de cette étape, dans laquelle il se sent impliqué. Toutefois, les modalités d'intervention sont laissées à son initiative et sont influencées par son intérêt dans ce domaine.

Bien qu'une période d'encadrement, de durée très variable, soit systématiquement organisée nous avons constaté que cette étape est rarement formalisée. Elle ne fait pas l'objet d'un contrat progressif d'apprentissage ce qui empêche de guider le nouvel infirmier dans l'acquisition de ses compétences et cela est source d'insatisfaction.

De nombreuses ressources, en particulier documentaires, existent dans les services. (tableau n° 4). Il est dommage que celles-ci soient sous utilisées et non centralisées dans un document unique, élaboré dans cet objectif. Ceci ne permet pas une exploitation optimale de ces ressources et une appropriation rapide par les agents.

L'encadrement semble volontaire pour passer d'une démarche énoncée oralement vers cette démarche formalisée. Construire cette démarche, en s'appuyant sur un référentiel de compétences permettant de donner des repères dans la progression, semble une volonté de l'encadrement et un besoin exprimé par les nouveaux infirmiers.

➤ L'évaluation

Tant pour l'encadrement que pour les nouveaux soignants elle représente un temps fort et est quasi systématique. Toutefois, il semble que les modalités mises en place n'aident pas tous les agents à progresser. Elle a toutefois un impact important car elle permet au nouvel infirmier de se rassurer, et d'exprimer son vécu.

L'idée de bilan des compétences acquises et de contrat de progression sont souhaités par les deux parties. Ils donnent des repères précis et aident dans la progression.

De plus, nous pensons que la diversité des pratiques rencontrées dans la période d'encadrement, plus ou moins aidantes pour le nouvel infirmier, rendra difficile l'appréciation

par le directeur des soins de l'évaluation institutionnelle. Cet élément est source d'iniquité entre les agents et peut avoir des incidences sur la carrière des agents.

◆ **Le vécu**

Tous les infirmiers interviewés ont vécu cette période d'intégration comme une période difficile, stressante mais il n'en garde pas un mauvais souvenir et aujourd'hui ils semblent satisfait du service. Nous constatons tout de même une méconnaissance de l'institution et de ses projets et un sentiment de non-reconnaissance de l'institution. Ils nous semblent important d'arriver à créer chez ces jeunes infirmiers un sentiment d'appartenance à l'institution, gage d'une fidélisation indispensable à la qualité des soins de l'établissement.

En conclusion.

Nous pouvons dégager de l'enquête les points forts et les points faibles suivants :

Points forts	Points faibles
- Adaptation de la Politique de recrutement	- Absence de définition des rôles et fonction de chacun des acteurs
- Existence d'une journée d'accueil institutionnel	- Absence d'une politique du service infirmier concernant le recrutement
- Existence d'un livret d'accueil du personnel	- Absence formalisation de la procédure responsable de dysfonctionnements
- Mise en place journée d'accueil service infirmier	- Travail sur les compétences insuffisant
- Respect choix de l'affectation	- Profil de poste à généraliser
- Entretien DS	- Diversité des pratiques d'encadrement
- Entretien cadre infirmier	- Sous utilisation des documents existants et diversité de ces documents rendant l'exploitation difficile
- Tutorat	- Absence documents spécifiques aux étapes du recrutement
- Évaluation	- faible implication de l'encadrement supérieur
- Existence cours théoriques	

De cette analyse, émergent les principaux éléments suivants :

- **Une absence de philosophie commune au service infirmier concernant le recrutement et l'adaptation des compétences.**
- **Une absence de formalisation de toutes les étapes de la procédure responsable d'une grande disparité des pratiques.**
- **Un encadrement supérieur peu impliqué et ne trouvant pas sa place dans la procédure de recrutement.**
- **Une implication importante des cadres de proximité, toutefois sans construction théorique ni pratique.**
- **Une optimisation des ressources humaines retardée par un processus d'acquisition des compétences insuffisamment guidé.**

6 - CONCLUSION DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Rappel des hypothèses de travail formulées :

- Une procédure de recrutement non formalisée, ne prenant pas en compte toutes les étapes, de la sélection à l'adaptation des compétences, ne permet pas une utilisation optimale des ressources humaines.
- La procédure de recrutement, si elle ne fait pas l'objet d'un axe du projet social et du projet du service infirmier, ne favorise pas une mobilisation de l'ensemble du service infirmier, notamment de l'encadrement.
- Les outils de formalisation de la procédure de recrutement n'étant pas exhaustifs, ils ne permettent pas une homogénéité des pratiques et une généralisation de son application.
- La mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas généralisée.

A ce stade, les résultats de l'enquête nous permettent de dire que nos hypothèses de travail sont validées. Toutefois le faible échantillonnage nous amène à rester prudent.

Nous apportons également quelques précisions à nos hypothèses :

➤ **Concernant l'implication de l'encadrement.** : Au regard des éléments recueillis auprès des cadres, nous constatons une implication importante des cadres de proximité concernant l'accueil et l'intégration des nouveaux infirmiers. Toutefois l'absence d'une politique commune au service infirmier rend celle-ci peu constructive.

Ceci nous permet de dire que l'implication du directeur des soins est primordiale dans ce projet. En effet, il doit en être à l'origine permettant ainsi une réflexion collective et transversale impliquant l'encadrement supérieur et aboutissant à une uniformisation des pratiques et des outils. De plus, elle aura comme conséquence une plus grande satisfaction des infirmiers, une adaptation plus rapide des compétences en lien avec la qualité des soins et une optimisation des ressources humaines. Nous précisons que le contexte actuel du marché de l'emploi rend cette réflexion nécessaire.

Cette 2^e partie a apporté des réponses à notre questionnement de départ. Elle nous a permis :

- d'identifier les pratiques existantes et d'en dégager les éléments positifs et négatifs,
- de les analyser au regard des données bibliographiques.

Nous avons pu ainsi confirmer nos hypothèses et y apporter des précisions.

A ce stade nous dégageons les principes dominants suivants à respecter :

Une procédure de recrutement sera efficace si elle est

Globale	envisagée de la sélection à l'évaluation.
Partagée	par la DRH, la DS avec identification des rôles de chacun.
Transversale	intégrée au projet du service infirmier, elle permet l'implication de tous les professionnels en particulier de l'encadrement.
Formalisée	chaque étape doit être construite avec des outils adaptés.
Générale et spécifique	envisagée au niveau de l'institution, du service infirmier et de chaque unité.
Appliquée	permettant l'homogénéité dans les pratiques et l'équité dans la prise en charge des nouveaux IDE.
Évolutive	adaptable au marché de l'emploi, aux besoins de l'établissement et à l'évolution des métiers.

C'est à partir de ce constat que nous allons tenter dans la troisième partie d'apporter des propositions quant à l'élaboration d'une procédure de recrutement des nouveaux infirmiers ayant comme objectifs d'optimiser les ressources humaines et de favoriser la qualité des soins

TROISIEME PARTIE :

PROPOSITIONS D' ACTIONS ET CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA PROCEDURE DE RECRUTEMENT EXTERNE DES INFIRMIERES

Nous envisageons un projet général applicable à tous les établissements après adaptation aux conditions locales.

Nos propositions seront ciblées sur la procédure de recrutement externe des nouveaux infirmiers. Toutefois, leurs principes seraient applicables, après adaptation, à l'ensemble du personnel soignant non médical.

1 - LES PREALABLES A METTRE EN PLACE

1.1 UNE GESTION PARTAGEE DRH – DS

Les deux directions partagent un territoire de la GRH basé essentiellement sur le recrutement et l'affectation. La collaboration DRH et DS pourrait ne pas être simple à instaurer. Au décours de l'enquête nous n'avons pas mis en évidence de dysfonctionnements majeurs. Seuls des problèmes de coordination, parfois source de conflit et de dépenses inutiles d'énergie, ont été mis en évidence. Pourtant, nous l'avons montré dans les chapitres précédents, cette collaboration est indispensable, chacune des deux directions détenant une expertise complémentaire. **Chaque acteur dans son domaine de compétence possède une valeur ajoutée** impliquant une vision sous un angle différent. Elle permet un co-management et **légitime l'action des deux partenaires.**

Grâce à la définition d'objectifs et d'une politique GRH connue, ce partenariat doit permettre une vision commune et partagée de la GRH.

Cette réflexion, à nos yeux, s'impose. Elle doit aboutir à l'élaboration d'une **charte de fonctionnement entre les deux directions définissant une organisation du travail**, les rôles respectifs, utilisant un langage commun et permettant un partage de l'information. Cette charte permettra notamment aux collaborateurs d'identifier avec précisions les tâches dévolues à chaque direction.

Des réunions régulières doivent être organisées pour optimiser ce partenariat. Nous pensons qu'une réunion hebdomadaire est nécessaire.

Ce travail de concertation préalable est à nos yeux indispensable pour obtenir une unité et un consensus sur cette activité et constitue une des bases essentielles du projet.

Directeurs des soins, notre implication dans la définition de ce mode de fonctionnement est indispensable, elle est un gage de collaboration optimale.

1.2 UNE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES A DEVELOPPER

Cette programmation relève, comme nous l'avons précisé, en priorité du rôle du directeur des ressources humaines en raison notamment des aspects financiers. Néanmoins, de part la connaissance du personnel soignant et l'identification des besoins présents et futurs tant quantitatifs que qualitatifs qu'elle suppose une collaboration avec le directeur des soins s'impose. Elle est source d'efficacité, d'adéquation optimale des solutions retenues, d'adaptation de la politique de formation professionnelle et continue. L'idée essentielle et partagée étant que l'établissement assure le présent, affronte l'avenir et établisse des prévisions de gestion des ressources humaines. L'expertise de terrain du directeur des soins sera alors un atout dans cette prévision.

Ainsi, tout poste vacant mis au recrutement résultera d'une analyse préalable concernant l'intérêt de son remplacement et la qualification souhaitée. En effet, des transformations de poste, des restructurations seront parfois nécessaires à identifier pour permettre le développement ou le maintien des activités.

Nous préconisons le partage des informations entre les deux directions concernant le tableau des emplois, le plan de formation, mais aussi la construction de tableaux de bords communs spécifiques à la GPEC. Ceux-ci seront transversaux mais aussi réalisés pour chaque service : situation des effectifs, perspectives d'évolution du personnel soignant, impact simulé des évolutions de structures, simulation annuelle des flux. Ils sont indispensables à la détermination des moyens.

1.3 UNE POLITIQUE AFFICHEE DE MOBILITE DU PERSONNEL

Si une certaine stabilité des équipes soignantes est nécessaire afin de maintenir un niveau d'efficacité, la mobilité du personnel ne peut pas être freinée et parfois même elle doit être encouragée. Elle améliore le niveau de compétence du soignant, favorise son "l'employabilité" et évite la démotivation. Ainsi, outre une volonté clairement affichée, identifiée dans le projet social et le projet du service infirmier, le management du directeur des soins aura en pratique une incidence considérable.

Par ailleurs, la mise en place d'une **bourse de l'emploi** peut être un outil efficace au service d'une politique de mobilité. Ce système développé en partenariat DRH et DS, permet la transparence du marché interne de l'emploi. La diffusion de ces informations pouvant se faire par l'utilisation de supports écrits et/ou informatisés via intranet. L'existence de **modalités d'intégration** des nouveaux personnels dans les unités sera un atout supplémentaire.

Ainsi, la mobilité interne sera priorisée par rapports aux recrutements externes quand les profils de poste l'autorisent. C'est un principe de management qu'il est nécessaire que le directeur des soins, responsable des affectations affiche et mette en application.

1.4 UNE POLITIQUE DE RECRUTEMENT DEFINIE ET EVOLUTIVE

Nous l'avons vu le contexte du marché de l'emploi, bien que de plus en plus difficile, est très variable d'un établissement à l'autre et en particulier d'une région à l'autre. Il impose outre la définition d'une politique de formation précise en lien avec la GPEC, une adaptation de la politique de recrutement externe. Toutefois précisons qu'il s'avère actuellement indispensable que les établissements aient cette réflexion afin d'anticiper et de ne pas atteindre un niveau critique de sous effectifs préjudiciable au fonctionnement de l'établissement ou imposant des réorganisations importantes de l'activité. L'engagement de la direction générale dans ce projet est indispensable.

Il est donc nécessaire que les établissements confrontés à des difficultés mettent en place des **méthodes de recrutement offensives**, jusque là peu utilisées, et **développent leur attractivité**. La concurrence entre établissements s'accéléralant, pourront recruter plus facilement ceux qui se seront donnés les moyens de diffuser l'information et de se rendre les plus attractifs. Ce contexte va induire pour les établissements une nécessité d'être plus performants et innovants dans leur politique de recrutement. Le DRH et le directeur des soins seront partenaires dans la réflexion et dans la mise en œuvre de cette politique.

Nous citerons 3 niveaux d'intervention :

- **La prospection** qui se voudra efficace, avec diffusion de l'information au niveau régional mais aussi national et une relation étroite entre les IFSI et l'établissement, par exemples.
- **Les conditions d'embauche qui seront attractives** avec une réflexion sur la nature du contrat, la durée de la période de stage, la possibilité ultérieure de formation continue et de construction d'un projet professionnel.
- **Les actions favorisant l'attractivité de l'établissement et améliorant les conditions de vie des salariés** telles que proposition d'hébergement temporaire gratuit, aide dans la recherche d'un hébergement, crèche.

La créativité des professionnels concernés par la mise en œuvre de cette politique sera un facteur d'efficacité. Des conseils "marketing" pourront être recherchés. Cette étape devient un préalable indispensable à la mise en place d'une procédure de recrutement.

1.5 DES PROFILS DE FONCTION, DE SERVICE ET DE POSTE GENERALISES

Afin d'adapter les nouveaux soignants aux besoins de l'établissement, il est indispensable pour le recruteur de connaître les profils des fonctions, des services et des postes. Ainsi le recruteur mais aussi le recruté peuvent se positionner par rapport aux missions de la fonction, connaître le cadre professionnel, les compétences exigées et les attentes. Ces profils sont donc nécessaires non seulement au recrutement et à l'affectation mais aussi à l'évaluation. Il faut les considérer comme **les référentiels de l'exercice professionnel**.

Ces documents validés par la DRH et la DS seront des outils communs partagés par les deux directions. Ils ne doivent en aucun cas être trop idéalisés mais comporter les contraintes liées à la fonction, au service et au poste de travail lui-même. Enfin, un profil de poste est évolutif, sa réactualisation devra être prévue.

Il appartiendra au directeur des soins de veiller à l'élaboration de ces documents. Par le biais de la coordination d'un groupe de pilotage, le DS impliquera l'encadrement soignant dans la construction de ces outils. Ce projet doit se concrétiser par l'élaboration des profils de fonction de tous les paramédicaux et des profils de poste spécifiques à chaque unité.

L'adhésion et la collaboration des équipes médicales sont indispensables pour réaliser ces outils afin d'avoir une vision pluridisciplinaire et partagée du service et des différentes fonctions exercées.

La participation de la cellule ou de la direction qualité lors de la construction de ce projet, est utile, notamment comme expert méthodologique. En effet, il est nécessaire de définir un cadre de référence commun à tout l'établissement, en lien avec la démarche qualité. De même, un soutien par un organisme de formation pourra être mis en place si le directeur des soins le juge nécessaire.

Si l'étude des profils ne garantit pas le choix du meilleur candidat. Elle est un préalable réduisant le champ des incertitudes et prévenant les risques potentiels d'inadaptation ou d'inadéquation.

2 - PLAN D' ACTIONS INSTITUTIONNEL : PROPOSITIONS

L'objectif de cette procédure est d'être attractif pour recruter la bonne personne, l'affecter au bon endroit, favoriser son adaptation afin de la rendre efficiente rapidement et ainsi favoriser l'optimisation des ressources humaines et la qualité des soins.

Deux axes principaux sont à prendre en compte dans l'élaboration d'une procédure de recrutement :

1 Inscrire le projet dans une logique institutionnelle afin de permettre sa transversalité.

2 Formaliser une procédure de recrutement globale impliquant l'encadrement supérieur et favorisant l'intégration des nouveaux infirmiers en s'appuyant sur les référentiels de compétences.

2.1 INSCRIRE LE PROJET DANS UNE LOGIQUE INSTITUTIONNELLE

Le projet définit en partenariat entre DRH et DS, il devra obtenir **l'approbation de la direction générale** afin d'être inscrit dans une logique institutionnelle. Négocié et validé, Il sera **un axe fort du projet social et du projet du service infirmier**.

Il sera exposé pour avis aux différentes instances, tels que conseil d'administration, comité technique d'établissement, commission du service des soins infirmiers et commission médicale d'établissement. Il est très important d'informer et d'impliquer les équipes médicales par l'intermédiaire de cette instance, car celles-ci ont un rôle à jouer dans l'accueil et l'intégration des nouveaux infirmiers. Le but étant de créer des équipes compétentes, efficaces donc cohérentes afin d'assurer la meilleure prise en charge thérapeutique possible. L'encadrement soignant fortement impliqué dans l'élaboration de ce projet, sera réuni. Les deux directions (DRH et DS) présenteront le projet, ses objectifs, la méthodologie de travail et un échéancier. L'ensemble des professionnels sera ensuite informé par tous les moyens existants.

2.2 FORMALISER LA PROCEDURE DE RECRUTEMENT EXTERNE

2.2.1 Définition des besoins

➤ Elle repose sur des outils objectifs

La détermination des besoins quantitatifs et la répartition du personnel soignant sont des éléments incontournables pour lesquels le rôle du directeur des soins est de première importance. Nous pensons, qu'outre les éléments de la GPEC, ils doivent reposer sur des **outils d'évaluation de la charge de travail** tels que par exemple l'outil de projet recherche nursing (PRN) ou les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) et les activités afférentes aux soins. Nous sommes conscient qu'un outil d'étude de charge de travail ne constitue pas une vérité absolue pour définir et répartir les effectifs mais il peut être une aide à la décision. Ce n'est qu'à cette condition que la qualité pourra être approchée.

➤ Elle anticipe les besoins

Sachant que l'activation d'un recrutement nécessite un délai moyen de quinze jours à six semaines, il sera nécessaire d'identifier précocement les besoins en recrutement afin d'éviter les sous-effectifs. Ceci impose à l'encadrement d'avoir une bonne connaissance des mouvements et des absences potentielles des agents. La rencontre individuelle avec les agents à propos de leur projet professionnel et personnel, lors des entretiens d'évaluation, par exemple, en sera un bon support.

L'idéal est de pouvoir recruter 15 jours avant le besoin réel afin de faire bénéficier l'agent d'une période de formation dans des conditions optimales. Les possibilités budgétaires seront négociées avec le DRH.

2.2.2 une démarche de sélection coordonnée

2.2.2.1 Coordination de la DRH et de la DS : **un logigramme**

Il permettra de clarifier qui fait quoi comment et quand lors du déroulement de la procédure. Document formalisé, validé par les deux directions, inclus dans la charte de fonctionnement, il est opposable à tous les intervenants et permettra l'information des professionnels. Son élaboration nécessitera la constitution d'un groupe de travail animé par les deux directions fonctionnelles en impliquant leurs collaborateurs.

2.2.2.2 Entretien de sélection : **une compétence partagée**

Le principe doit être celui de l'expertise conjointe des deux directions. La direction des ressources humaines portera un regard institutionnel, vérifiera les données administratives et informera sur la gestion des carrières. La direction des soins se centrera sur le profil du candidat.

Les entretiens seront menés soit conjointement par les deux directeurs soit séparément dans la même journée. L'objectif étant de donner une réponse le plus rapidement possible afin de réduire l'attente du candidat et d'éviter les fuites vers d'autres établissements.

La réalisation d'une grille d'entretien s'impose, afin d'avoir des données fiables, structurées et identiques pour chaque candidat. Elle recueillera des informations sur les pré-requis, les forces, les faiblesses, les aspirations et la personnalité du candidat. Nous proposons en annexe n° 2 un exemple d'une fiche d'entretien.

Tenant compte des éléments recueillis, des aspirations du candidat et des besoins de l'établissement, le directeur des soins définit **un profil d'affectation** par grandes disciplines ou pôles d'activité. Un projet professionnel pourra être proposé ou négocié avec le nouvel infirmier. A cette étape le rôle du directeur des soins, responsable des affectations, est important : de son appréciation, de sa capacité à identifier les potentialités du candidat et à négocier avec lui un profil dépendra le succès futur du recrutement.

Lors d'un deuxième rendez-vous le candidat recruté sera informé des différentes étapes de la procédure. Son dossier de recrutement sera mis en place et les modalités d'affectation précisées. Il lui sera communiqué la date d'embauche et la date de la visite médicale obligatoire.

Ces modalités de fonctionnement seront identifiées par écrit dans la procédure de recrutement.

2.2.2.3 Affectation : **une décentralisation de la décision**

Dans une logique de contractualisation interne et de décentralisation de la GRH, nous pensons que **les cadres supérieurs** doivent être impliqués dans la décision d'affectation s'il y a plusieurs postes à pourvoir. L'organisation en pôle de responsabilité mise en place dans de nombreux établissements favorise ce mode de fonctionnement.

Cette participation à la décision d'affectation est un facteur de motivation et de satisfaction pour les CSI car impliqués dans la gestion individuelle des infirmiers dès le début du

recrutement. Dès lors, son rôle n'est plus limité à la prise en charge des agents en difficultés. Ils sont impliqués dans le management initial des ressources humaines.

Suite à la définition par le DS du profil d'affectation, l'infirmier rencontrera le ou les cadres supérieurs. Lors de cet entretien, les profils de service, de poste, seront présentés à l'agent afin de définir avec lui son affectation en fonction de ses souhaits mais également de son adéquation au profil de poste. La connaissance précise par les CSI des différents postes leur permet de les présenter en ciblant les exigences spécifiques du poste. Ceci optimise la décision d'affectation et initie la construction d'un parcours individualisé d'intégration.

Dans ce but, il s'avère nécessaire de construire une grille d'affectation comportant des critères ciblés sur la spécificité des services. Cette grille sera envoyée à la DS en précisant le service d'affectation et une copie sera destinée au cadre de proximité de l'unité d'accueil. Un exemple est proposé en annexe n°3.

Le directeur des soins en impliquant l'encadrement supérieur dans la décision d'affectation optimise l'adéquation entre le personnel infirmier et les postes de travail à pourvoir, facteur d'efficacité. Une formation centrée sur la démarche recrutement, destinée aux CSI, sera proposée si cela semble utile.

2.2.3 Une démarche d'intégration en 3 étapes

La démarche consiste à engager l'ensemble du personnel soignant dans une démarche qui permet aux nouveaux agents de :

- se situer au sein de l'établissement comme un professionnel, avec des responsabilités, des missions, des tâches en vue de garantir la qualité des soins, en lien avec la politique de l'établissement et le projet du service infirmier.
- d'appréhender sa nouvelle fonction dans les meilleures conditions psychiques, relationnelles et techniques.

Elle comprend trois étapes :

- un accueil institutionnel commun à tout le personnel et géré par la DRH
- un accueil collectif du service infirmier géré par la DS
- un accueil individuel dans l'unité de soins

Chaque étape fera l'objet d'un document écrit intégré à la procédure globale de recrutement.

2.2.3.1 l'accueil institutionnel

Recommandé par l'ANAES dans la procédure d'accréditation, il est déjà mis en place dans de nombreux établissements. L'enquête nous l'a démontré. Une journée d'accueil institutionnel

sera donc organisée pour l'ensemble des professionnels. La fréquence des journées d'accueil sera définie en fonction de la taille de l'établissement et du nombre de nouveaux professionnels à accueillir.

L'objectif de ces journées est de donner des repères en apportant des éléments de base sur le fonctionnement de l'établissement et sur la gestion des carrières dans la FPH. Elles favorisent l'acquisition d'une culture d'entreprise et aident l'agent à se situer dans l'institution. En annexe n° 4 nous proposons un programme existant dans le CHU dans lequel nous avons effectué notre stage. Il nous paraît apporté les informations nécessaires.

Un livret d'accueil du personnel reprenant ces informations sera également réalisé. Le contenu de ces journées et du livret sera adapté à chaque établissement. Un exemple de maquette d'un livret d'accueil est joint en annexe.

Des modalités d'organisation, tels que convocation et fiche de présence, seront définies afin que tous les agents puissent bénéficier de cet apport.

Afin d'éviter les confusions nous proposons que la DRH organise le suivi de ces journées.

2.2.3.2 L'accueil collectif du service infirmier

Organiser dès la première journée d'embauche, les cadres infirmiers en seront les principaux acteurs. Animer à tour de rôle par un cadre supérieur et un cadre de proximité, tout l'encadrement sera sollicité. Ainsi, l'encadrement soignant est sensibilisé et impliqué dans une activité commune centrée sur des valeurs partagées.

Le contenu de ces journées comprend des informations sur le projet du service infirmier et son organigramme, le dossier de soins infirmiers et la méthodologie des transmissions, la présentation de l'outil de mesure de la charge en soins. Il comprend aussi le rappel des règles standards d'hygiène, du secret professionnel, des informations sur le CLIN, sur la matériovigilance, l'hémovigilance, la sécurité transfusionnelle, les risques d'exposition au sang, les protocoles de soins.

La participation d'experts dans les domaines énoncés ci-dessus pourra être sollicitée.

Un livret d'accueil spécifique au service infirmier sera élaboré, complémentaire au livret d'accueil du personnel. Tous deux seront conçus selon le même modèle afin de pouvoir être rassemblés.

Le directeur des soins veillera à l'organisation de ces journées. Favorisant l'implication de l'encadrement, il permettra de situer ceux-ci comme pivot du management des équipes de soins dont ils assurent la responsabilité.

2.2.3.3 L'accueil individuel dans l'unité de soins.

C'est un moment fort pour le nouvel embauché. Il va faire connaissance avec son lieu d'exercice professionnel. Cette étape capitale doit être rigoureusement préparée. Elle sera formalisée et structurée à un niveau transversal puis déclinée dans chaque unité de soins.

❖ **Les documents ressources**

Au regard des éléments de l'enquête deux documents nous semblent incontournables :

- Le livret d'accueil d'unité,
- Le référentiel de compétences et ses fiches d'évaluation et de progression

❖ Le livret d'accueil de l'unité

Document écrit selon une trame commune mais ayant chacun une spécificité propre à l'unité, il est le résultat d'un travail de groupe comprenant les membres de l'unité.

Document unique centralisant les informations indispensables, il est spécifique à chaque catégorie professionnelle. Les informations à transmettre sont les suivantes :

- Le profil de service
- le profil de poste et fiche de poste
- la présentation des équipes médicales et paramédicales
- les objectifs du projet de service
- le règlement intérieur concernant le planning des agents
- le règlement intérieur du service (horaires, la tenue vestimentaire, pause...)
- la présentation des patients et des pathologies rencontrées
- l'organisation d'une journée de travail
- la planification des activités afférentes aux soins
- la présentation des soins infirmiers courants
- la liste des protocoles de soins existants et des différentes procédures
- le déroulement de la période d'encadrement
- le référentiel des compétences, et ses fiches d'évaluation et de progression

❖ le référentiel des compétences de l'unité

Outil de détection des potentiels et d'évaluation des compétences, il permet au cadre comme au nouvel infirmier de situer son niveau de compétence et de construire un programme

individualisé de progression. Il fixe des repères pour l'infirmier et le guide dans son apprentissage permettant ainsi l'élaboration d'un contrat de progression. Ce référentiel décliné ensuite sous forme de fiche s'appuie sur les données du profil de poste et fiche de poste.

Chaque service aura élaboré son référentiel de compétences. A chaque compétence identifiée sera attribuée un critère de niveau d'acquisition. Nous proposons en annexe n° 5 un modèle à titre d'exemple.

❖ **l'entretien d'accueil avec le cadre supérieur**

Il a comme objectif d'aider le nouvel infirmier à se situer à l'intérieur d'un pôle d'activités et à avoir une vision globale de celui-ci. Il correspond à une logique de mutualisation des moyens dans un domaine d'activités. Le cadre supérieur présentera ses attentes, les projets du pôle, les différentes unités. Il enrichira sa connaissance sur les aspirations de l'agent ce qui lui permettra de participer à la construction de son projet professionnel.

❖ **l'entretien d'accueil avec le cadre d'unité**

Il s'agit d'un premier contact. Le cadre a en sa possession la fiche d'affectation du cadre supérieur. L'entretien sera basé sur le livret d'accueil qui sera explicité, puis remis au nouvel infirmier.

Le référentiel de compétences présenté sera complété par auto évaluation. Il donne un point de départ et permet de guider le nouvel infirmier. Il identifie, dans une démarche de sécurité et de qualité, l'écart entre les connaissances du nouvel agent et les compétences requises pour exercer dans le service d'affectation. Une période d'encadrement sera définie, sa durée étant variable selon le service et l'infirmier. Elle repose sur la mise en place d'un tutorat.

Le nouvel infirmier sera ensuite présenté à l'ensemble des personnes travaillant dans le service notamment au chef de service et à l'équipe médicale préalablement informée de son arrivée. La prise en charge des malades et la qualité des soins relevant d'une prise en charge pluridisciplinaire et de l'association de nombreux professionnels, il est important d'informer et d'impliquer les équipes médicales.

Ainsi, le nouvel infirmier se sent attendu et reconnu comme nouveau membre de l'équipe ce qui est facteur de motivation et d'intégration.

❖ **Le tutorat**

Il sera systématique. Si nécessaire l'organisation du service de compensation prendra en compte la période de tutorat.

L'encadrement aura préalablement réfléchi avec l'équipe sur la notion de tutorat. Il identifiera des tuteurs potentiels. La durée du tutorat ne pourra être inférieure à deux semaines. Le programme d'apprentissage sera construit à partir du référentiel d'auto-évaluation. Un bilan hebdomadaire sera réalisé sur le référentiel. A la fin de la période de tutorat le cadre décidera si le nouvel infirmier peut prendre en charge les malades. Par la suite le processus d'acquisition de compétences n'étant pas terminé, le nouvel infirmier sera guidé par de nouvelles évaluations.

2.2.4 L'évaluation de l'agent

Il s'agit de mesurer concrètement les effets de la procédure mise en place. Elle repose sur des entretiens réguliers avec le cadre à 15 jours, 1, 3, 6 mois, et plus si nécessaire puis à un an. Le référentiel de compétences sera complété par l'agent à chaque évaluation. Les acquisitions seront notifiées. Un contrat de progression sera alors construit avec des objectifs.

Deux types d'évaluations sont à distinguer :

L'évaluation formative ayant pour fonction la régulation et une aide à l'apprentissage. Interne à l'unité, elle implique le tuteur et le cadre.

L'évaluation normative, plus tardive que la précédente, mesure l'écart entre le profil de poste et les prestations de l'infirmier. Elle fera l'objet d'un document institutionnel envoyé à la Direction des soins et à la DRH. Elle représente une échéance dans le processus d'adaptation.

Nous préconisons une rencontre à 1 mois avec le cadre supérieur et à 6 mois avec le directeur de soins. Ces rencontres permettront de juger du bien fondé du recrutement.

Cette procédure permet à tous les agents de bénéficier de conditions similaires pour leur intégration. Les évaluations objectives et formalisées faciliteront à terme les décisions de stagiairisation, puis de titularisation.

3 - LE ROLE DU DS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

3.1 LES FONDEMENTS DE L'ACTION

3.1.1 Le recrutement, un dossier partagé

Nous avons identifié de nombreux partenaires. Nous pensons qu'outre l'équipe de direction et le DRH, les équipes médicales ont un rôle dans la définition des moyens et des compétences ainsi que dans leurs évaluations. L'encadrement et les équipes soignantes ont également un rôle déterminant notamment dans l'accueil et l'accompagnement du nouveau personnel. C'est pourquoi le recrutement est un dossier a partagé.

3.1.2 L'infirmier acteur de sa compétence

La démarche d'intégration positionne l'infirmier dans une démarche active d'apprentissage. Nous devons lui donner les moyens de se former mais il est acteur de sa compétence.

3.1.3 Les cadres au cœur de la démarche d'intégration

Nous aurons soin de valoriser leur participation. Ils occupent une place fondamentale dans la mise en œuvre du projet. Leur volonté de développer la compétence des équipes et de garantir la qualité des soins en font les éléments pivot du projet.

3.1.4 Le dialogue social indispensable à la bonne marche de l'institution

Il favorise la compréhension et l'acceptation des orientations institutionnelles par l'ensemble des professionnels.

3.2 STRATEGIE

Préalablement à la mise en œuvre de tout projet, une phase d'observation et la réalisation d'un bilan de l'existant s'imposent surtout lors d'une prise de fonction. Cette étape permettra d'identifier les ressources et les contraintes de l'institution et des services.

3.2.1 Fédérer les soignants autour du projet : le management par projet

Par la mise en place d'un management participatif reposant sur des valeurs de qualité des soins et d'évolution des collaborateurs, nous créerons en tant que directeur des soins des conditions favorables à une prise de conscience collective de l'importance des recrutements

et de l'adaptation des compétences des nouveaux professionnels. Nous pensons que ces valeurs centrés sur le résultat sont dynamisantes et sont des éléments de régulation des équipes.

De plus, un projet partagé est mobilisateur, *"il donne un sens à l'implication de tous, mobilise les énergies, favorise l'engagement, est une référence pour l'action."*³⁶

Tout projet écrit, formalisé, reconnu permet d'entreprendre. Il devient un véritable levier de management. Ce projet permet une réflexion sur les besoins de l'institution, les pratiques professionnelles, les compétences à transmettre et la qualité des soins à fournir aux usagers. Il engage sur la notion d'équipe, implique les professionnels dans la formation et l'encadrement. Il responsabilise.

3.2.2 Instaurer une démarche participative

Construire un projet, c'est déjà répondre à une motivation d'action, à une volonté de transformation du réel vers un but fixé.

Inscrit dans une logique institutionnelle, il nous appartiendra d'opérationnaliser le projet au sein du service infirmier et d'en être le coordonnateur.

➤ Communiquer et Informer pour donner du sens

Il est indispensable d'expliquer le plus clairement possible les finalités d'un tel projet si l'on veut convaincre les agents d'en être les acteurs. Ainsi, la communication sur l'ensemble du projet permettra d'obtenir l'adhésion et l'engagement des professionnels. Elle favorise la transparence.

Cette communication sera initiale lors de la construction du projet, continue tout au long de celui-ci sur l'état d'avancement et sa finalisation. Elle sera ascendante et descendante de sa phase de conception à l'évaluation de sa mise en œuvre.

Les cadres préalablement informés seront les relais pour l'ensemble des professionnels.

Une information suivie et précise sera donnée au directeur général, au DRH mais aussi aux instances.

Le corps médical, sera régulièrement tenu informé des modalités de mise en place. Ce souci d'information et de concertation est indispensable et favorablement vécu.

➤ Impliquer la commission du service des soins infirmiers (CSSI)

Son implication dans l'élaboration de la procédure et la diffusion de l'information nous semble indispensable afin d'affirmer l'importance du projet et la volonté institutionnelle. De plus, la CSSI est consultée sur le projet du service infirmier et ce travail en sera un axe fort.

➤ Impliquer l'encadrement

³⁶ GROSJEAN. P., *Élaborer et mettre en œuvre un projet de service*. Paris. Masson. 2000.

Responsable hiérarchique de l'organisation et du contrôle interne des services, les cadres soignants sont les relais directs de la direction du service infirmier. Ils sont mobilisateurs des équipes soignantes. Leur implication dans ce projet est indispensable. Ils sont chef de projet, au sein de leur secteur d'activité pour l'encadrement supérieur et de chaque unité pour les cadres. Porteurs du projet au sein de leur unité, ils encourageront l'engagement des équipes dans une réflexion puis la construction d'outils adaptés. Cette expérience leur offre la possibilité d'exprimer leurs compétences et leurs aptitudes en matière d'animation et de mobilisation des équipes. Elle affirme leur position de manager.

Faire animer par les cadres un projet commun est un signe de reconnaissance dont ils ont besoin. Ils sont responsabilisés et valorisés.

➤ **Impliquer le corps médical**

Si nous estimons que l'exercice professionnel ne peut se concevoir en termes de qualité des soins sans une étroite collaboration entre infirmiers et médecins au sein d'une même équipe de soins, il est difficile de concevoir qu'un tel projet se fasse sans leur participation. Ils sont des partenaires indispensables. Les raisons en sont multiples :

- recueillir l'approche médicale de la qualité professionnelle collective permet d'enrichir la réflexion et aide dans la construction de profils de poste pertinents et spécifiques.
- favoriser la participation des médecins au projet permet de répondre à leurs inquiétudes et leurs attentes en matière de compétences du personnel. Leur participation au transfert de connaissances et à l'intégration des nouveaux professionnels est ainsi favorisée.

➤ **Mettre en place les structures adaptées**

La réussite du projet dépendra de la rigueur méthodologique appliquée. Comité de pilotage et groupes projet seront constitués. Ils favoriseront, à un niveau transversal puis dans chaque unité, la réflexion et l'élaboration des outils et la déclinaison de la procédure.

➤ **Engager les équipes dans un projet réalisable**

Les objectifs devront être accessibles. La construction des différents outils devra prendre en compte leur faisabilité dans les services, notamment en ce qui concerne le référentiel de compétences et la période de tutorat. Nous ne devons pas perdre de vue la mise en œuvre du projet et son aboutissement afin de maintenir la motivation des équipes à la participation à d'autres projets.

3.2.3 Assurer la mise en œuvre et le suivi du projet

La communication autour du projet pendant sa phase d'élaboration facilitera sa mise en œuvre. Le projet une fois terminé et validé, nous proposerons une phase test dans des services volontaires afin de mettre les outils et la procédure à l'épreuve du principe de réalité.

Suite aux réajustements jugés nécessaires sa généralisation sera organisée. L'ensemble des professionnels et les instances seront avisés de son implantation.

Ensuite, nous veillerons à son application en s'informant auprès de l'encadrement. Tout nouvel infirmier devra bénéficier de cette procédure. Elle sera validée par la direction qualité et inscrite dans le référentiel qualité de l'établissement.

➤ **Négocier un budget pour permettre sa pérennité**

Nous veillerons à la disponibilité d'un budget pour assurer la réalisation, la reprographie et la diffusion des outils nécessaires.

➤ **Prévoir son évaluation**

Le projet mis en place, il sera nécessaire à terme d'en prévoir l'évaluation. Elle portera sur deux niveaux :

- l'application de la procédure
- sa pertinence et son efficacité

Nous veillerons dès sa conception à organiser et à construire l'évaluation. Cette étape indispensable permettra d'une part d'optimiser la procédure mise en place et d'autre part valorisera le travail réalisé par les professionnels. En effet, mesurer les résultats tangibles d'une action est un facteur de satisfaction et de motivation favorisant l'implication.

Les résultats seront communiqués à la direction générale, et aux instances concernées.

La volonté du directeur des soins qui sous tend ce projet, s'appuie sur un management par la qualité.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous pouvons définir l'hôpital comme une organisation complexe, en mutation permanente, marquée par de nombreuses contraintes et dans laquelle la gestion des ressources humaines occupe une place importante.

Devant faire face à des défis tels qu'obligation de résultats et optimisation des moyens, le recrutement tend à avoir aujourd'hui un impact stratégique.

Acte de management majeur, il représente un investissement lourd pour l'institution. C'est pourquoi la mise en place d'une procédure de recrutement doit s'efforcer de coordonner les actions des professionnels concernés, de permettre le choix du meilleur candidat et d'adapter ses compétences aux besoins de l'institution.

En cette période difficile où le marché de l'emploi tendrait au recrutement de tout candidat du fait de la pénurie, notre travail a pour objectif de poser la problématique, de mesurer les enjeux et d'induire une réflexion. Il nous aura permis de définir une organisation pour les recrutements et d'envisager une procédure prenant en compte toutes les étapes, de la sélection à l'évaluation des compétences. Cette procédure implique une réflexion de tous les professionnels permettant la construction d'outils indispensables, puis la mise en œuvre d'une procédure globale et transversale pour l'ensemble des services de soins.

Souhaiter mettre en place un tel projet, c'est pour le directeur des soins attester que la qualité des soins passe par la qualité des professionnels. Mettre en place une procédure de recrutement c'est affirmer que l'optimisation des ressources humaines passe par la gestion de leurs compétences. C'est mettre en place une démarche qualité concernant le recrutement externe des infirmières.

Comme le souligne Michel Crozier "s'il faut s'occuper sérieusement de tous ceux qui coopèrent à la marche de l'organisation, ce n'est pas par idéal humain, par paternalisme social ou par souci de justice, c'est parce qu'il n'y a pas d'autre moyen de mobiliser les ressources humaines qu'ils constituent et que sans cette mobilisation, aucun progrès n'est désormais possible."³⁷

³⁷ CROZIER M., Pour une autre approche des problèmes humains, informations hospitalières, oct.nov. 1987.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ABBAD J. Organisation et management hospitalier, Paris, Édition Berger-levrault, 2001.

BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Édition du Seuil, 1985.

BONMATI Jean-marc, Les ressources humaines à l'hôpital, Paris, Édition Berger - Levrault, 1998.

BOURNOIS Franck, POIRSON Philippe, Gérer et dynamiser ses collaborateurs, 2^e édition, Paris, Édition Eyrolles, 1989.

BOYE Michel, ROPERT Gérard, Gérer les compétences dans les services publics, Paris, Édition d'organisation, 1994.

CITEAU Jean-Pierre, Gestion des ressources humaines principes généraux, Paris, Édition Armand Colin, 2000.

CLEMENT Jean marie, Le fonctionnaire hospitalier, Paris, Édition Berger-Levrault, 1989.

COM-RUELLEE L, MIDY. F, ULMANN. P, La profession infirmière en mutation, centre de recherche et de documentation en économie de la santé, (CREDES), Paris, octobre 2000.

DERENNE Odile, LAMY Yves, Les 12 points clefs de la carrière du fonctionnaire hospitalier, Rennes, Édition ENSP, 1991.

DERENNE Odile, LUCAS André, coordinateurs, Le développement des ressources humaines, Rennes, Édition ENSP, 2002.

DERENNE Odile, LUCAS André, coordinateurs, Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière, Rennes, Édition ENSP, 2001.

GROSJEAN Philippe, DUVERNOIS Frédéric, Élaborer et mettre en œuvre un projet, Paris, Édition Masson, 2000.

HESBEEN Walter, Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France, Rennes, Édition ENSP, 1993.

LETEURTRE Hervé, L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, Paris, Édition ESF, 1991.

MEYSSONNIER Jean, Gestion des ressources humaines guide pratique, Paris, Édition Eyrolles, 1991.

RAOULT Nicole, Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier, Paris, Édition L'Harmattan, 1991.

RIBAUT Micheline et AROMATARIO Claude, L'hôpital entreprise, Paris, Édition Lamarre, 1991.

SUDREAU Philippe, Marché de l'emploi et problème infirmier, une nouvelle approche au CHR de Bordeaux, Rennes, Édition ENSP, 1991.

ARTICLES. REVUES

BARTHES Richard, AUTUORI Marie, « La compétence au cœur des organisations », Gestions hospitalières, février 1999. Pp.112-116.

BEAU Pascal, «les incertitudes liées aux 35 heures dans les hôpitaux », Espace social européen, 22 – 28 septembre 2000, pp. 10..

BITAUD J., SIBEUB P., «optimiser les recrutements » Gestions hospitalières, juin/juillet 1992., N° 317, pp. 464-467.

BRESSAND Michèle et Collectifs d'auteurs, « La contribution de l'infirmier général à la gestion du personnel », Gestions hospitalières, juin/juillet 1983. N° 227, pp.483-489.

CROZIER Michel, Pour une autre approche des problèmes humains, informations hospitalières, octobre-novembre 1987,pp 7.

DE FOURNAS Sabine, « Le tutorat infirmier à la fondation hôpital saint Joseph », Objectifs soins, juin-juillet 2000, N° 87, pp.3-4.

DEKUSSCHE Céline, «faut-il avoir peur de la pénurie infirmière ? » Soins cadres, juillet 2001, hors série N° 1. Pp.2-3.

DE LA CHAPELLE Béatrice, « Grand-angle sur la démographie hospitalière », Lettre de l'union, septembre 2000, N° 63, pp.17-19.

FLANDRE Régine, « La grille de compétences infirmière : un outil simple de gestion des ressources humaines », Recherche en soins infirmiers, décembre 1993, N° 35, pp.88-95.

JOVIC Ljiljana, « l'expertise », Soins formation 1997, N° 22, pp.5-9.

LANZA D., « Intégration des nouvelles infirmières dans les unités de soins », Recherche en soins infirmiers, N° juin 2001, pp.53-82.

SERAFIN Chantal, « Évaluation du personnel », Objectifs soins, octobre 1995, N° 36, pp.29-31.

PINET Rémi, « La notation à l'hôpital : Sanctionner ou (re) motiver », Objectifs soins, mai 1992, N° 58, pp.58-61.

POCHELU Bruno, « Motivation un réservoir d'énergie », Objectif soins, juin-juillet 2000. N°87, pp.5-7.

DOCUMENTS NON PUBLIES

ASTRUC Valérie, « La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences enjeux et réalités, l'expérience du CHRU de Lille », Mémoire EDH, ENSP, 1994.

BUENERD Bernadette, « Du recrutement au tutorat en hématologie pédiatrique », Mémoire infirmier général, ENSP, 1994.

LECARDEZ Marc, « Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences, les prémices d'une expérience du CHU de Nice », Mémoire EDH, ENSP, 1999.

MARTIN François, « L'accueil un pas vers l'intégration », Mémoire infirmier général, ENSP ; 1997.

MORMENTYN Annick, « La procédure de recrutement, une démarche qualité à explorer pour l'infirmier général », Mémoire infirmier général, ENSP, 1995.

MOURA Martine, « Pour une gestion efficiente des nouveaux personnels infirmiers : une affectation dynamique », Mémoire infirmier général, ENSP, 1993.

TEXTES LÉGISLATIFS

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant statut général des fonctionnaires.

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

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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

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

Circulaire du 23 février 1986 relative au renouveau du service public.

Circulaire DHOS/P/2001 n° 335 du 3 juillet relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1	GRILLES D'ENTRETIEN
ANNEXE N°2	GRILLE D'ENTRETIEN DE RECRUTEMENT
ANNEXE N° 3	GRILLE D'AFFECTATION
ANNEXE N°4	PROGRAMME JOURNÉE D'ACCUEIL INSTITUTIONNEL ET MAQUETTE LIVRET D'ACCUEIL
ANNEXE N°5	MAQUETTE FICHE ÉVALUATION du RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

ANNEXE N°1 : ENQUÊTE : GRILLES D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

RECRUTEMENT

- Dans la pratique comment se passe un recrutement ?
- Existe t il une procédure formalisée pour le recrutement des soignants (IDE et AS) ?
 - Si oui par qui a t elle été élaborée ?
 - Quel est le niveau d'intervention du DRH et de la DS ?

CARRIÈRE

- Comment s'effectue la stagiairisation puis la titularisation d'un agent ?
- Qu'attendez-vous du service infirmier au regard du recrutement puis de la titularisation d'un agent ?

GRILLE ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS

RECRUTEMENT

- Comment se passe un recrutement externe ?
 - outils
 - Qui y participe ? critères recherchés
- Existe t il une procédure formalisée de recrutement ?

AFFECTATION

- Qui décide de l'affectation des agents ?
- Quels sont les critères pris en compte ?
- Un choix est il proposé à l'agent ?

INTÉGRATION ÉVALUATION

- Quel est le rôle du DS dans ces 2 domaines ?
- Quel est le suivi réalisé par le DS ?

GRILLE ENTRETIEN CADRE SUPÉRIEUR INFIRMIER

RECRUTEMENT

- Comment se passe un recrutement ?
- Quel est votre niveau d'intervention dans un recrutement ?
- Existe t il une procédure formalisée de recrutement ?

AFFECTATION

- Qui décide de l'affectation d'un nouvel agent ?
- Connaissez-vous les critères pris en compte pour l'affectation ?

ACCUEIL INTÉGRATION

- Comment se passe une intégration dans un service ?
- Avez vous des outils facilitant l'intégration des agents ?

- Avez vous élaboré une procédure formalisée ?

ÉVALUATION

- Comment se passent les évaluations ?

GRILLE ENTRETIEN CADRE INFIRMIER

RECRUTEMENT

- Comment se passe un recrutement ?

AFFECTATION

- Savez vous comment et par qui est prise la décision d'affectation d'un nouvel agent ?

ACCUEIL INTÉGRATION

- les nouveaux agents ont ils choisi de travailler dans votre service ?
- comment les intégrez-vous ? existe t il une procédure formalisée ?
- quels sont les moyens mis à leur disposition pour les aider ?
- quelles sont les améliorations que souhaiteriez apporter ?

ÉVALUATION

- comment appréciez-vous l'adaptation d'un nouvel infirmier

GRILLE ENTRETIEN INFIRMIER NOUVELLEMENT RECRUTÉ

RECRUTEMENT

- Comment avez vous choisi cet établissement ?
- Quelles connaissances en aviez vous ?
- Avez vous postulé dans plusieurs établissements ?
- Comment c'est passé votre recrutement ?

AFFECTATION

- Comment c'est passé la décision de votre affectation ?
- Y avez vous participé ?
 - Qui a décidé ? votre ou vos choix ont ils été respectés
 - vos non-choix ont ils été pris en compte

INTÉGRATION

- Comment c'est passé votre intégration ?
- Comment l'avez vous vécu ?
- Quelles ont été les ressources qui vous ont aidées ?
- Quelles sont celles qui vous ont manqué ?

Quelles sont les suggestions que vous pourriez formuler pour améliorer l'arrivée dans un service ?

Comment vous sentez-vous dans le service ?

dans l'institution

- avez vous un projet professionnel ?

ANNEXE N° 2 : MAQUETTE GRILLE D'ENTRETIEN DE RECRUTEMENT

CENTRE HOSPITALIER

Direction du Service des Soins Infirmiers
RECRUTEMENT INFIRMIER

photo

Entretien réalisé le.....

Nom :

Prénom.....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

Tel :.....

RECRUTE LE _____

AFFECTATION par CIS

Situation de familiale

Célibataire	mariée	vie maritale
Divorcée	veuve	nombre d'enfants
		Age

FORMATION et EXPÉRIENCES

Formation générale :

Niveau d'étude

Formations professionnelles :

IFSI	date du DE
Spécialisation	date du diplôme

Déroulement des études :

Examen du dossier scolaire	oui	non
Moyenne théorique		MSP
Moyenne des stages		stage DE
Stages optionnels		thème mémoire

Appréciations

Notes et appréciations professionnelles

Expériences professionnelles

Formations continues suivies

Auto évaluation des compétences

Projet professionnel

SYNTHÈSE POUR RECRUTEMENT

Services d'affectation souhaités

PROFIL D'AFECTATION DÉFINI

Commentaires : présentation, expression, connaissances, compétences

Décision Recrutement

Oui

non

Justification :

Contrat proposé :

Engagement :

Date proposée :

ANNEXE N° 3 : GRILLE D'AFFECTATION

PÔLE D'ACTIVITÉS :

CADRE SUPÉRIEUR INFIRMIER :

PROFIL D'AFFECTATION DÉFINI PAR LA DIRECTION DES SOINS :

Services proposés :

DOMAINE	+	+/-	-
Intérêt par rapport aux postes proposés <ul style="list-style-type: none">- recherche des informations complémentaires ne figurant pas sur les profils de poste- s'informe sur les techniques de soins dispensés dans les services- s'intéresse à l'évolution des services			
Expériences acquises antérieurement <ul style="list-style-type: none">- identifie le poste en adéquation avec son expérience- a effectué des stages adaptés durant sa formation- sait décrire les compétences en soins infirmiers spécifiques- est capable d'avoir un esprit critique sur sa pratique- a un profil adapté au poste- prévision accompagnement			
Esprit d'ouverture et disponibilité <ul style="list-style-type: none">- accepte les horaires présentés sur les profils de poste- accepte les conditions de travail			
Organisation des soins <ul style="list-style-type: none">- émet un avis constructif sur l'organisation des soins			
Expression <ul style="list-style-type: none">- capacité d'écoute et de négociation- a un projet professionnel en lien avec l'affectation			

DÉCISION D'AFFECTATION :

Date :

1 PROGRAMME DES JOURNÉES D'ACCUEIL

❖ Connaissance de la structure

- présentation de l'établissement
- présentation de l'organigramme de la direction
- présentation des différentes instances
- présentation des orientations du projet d'établissement
- présentation des différents secteurs de l'hôpital

❖ Module statut du personnel

- droits et obligations des fonctionnaires
- rémunération, bulletin de salaire
- carrière
- position statutaire
- gestion du temps et congés
- protection sociale
- formation
- les organisations syndicales

❖ Module sécurité

- sécurité incendie
- sécurité des biens et des personnes
- malveillance

❖ module actions sociales de l'établissement

- CGOS
- Amicale des hospitaliers
- Crèche...

³⁸ Exemple de Programme et Maquette du livret d'accueil emprunté à un établissement hospitalier CHU.

2 MAQUETTE LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Sommaire du livret d'accueil

Préface la lettre du directeur général et le mot de bienvenue

La présentation du centre hospitalier

son histoire

sa situation géographique

ses secteurs

son organigramme de direction

ses effectifs

son budget

son statut, ces instances

Les obligations du service public

la continuité du serviCe

le respect du secret professionnel : secret professionnel, la discrétion professionnelle, l'obligation de réserve

les consignes particulières : règlement intérieur

devoirs envers le malade

Votre vie professionnelle

vos carrière : recrutement, statut contractuel, stagiairisation, titularisation, évaluation, avancement, discipline

autres situations professionnelles : mutation, détachement, disponibilité, congé d'accompagnement en fin de vie.

La cessation d'activité : démission, révocation, licenciement pour insuffisance professionnelle, cessation progressive d'activité, congé de fin d'activité, retraite, décès

Pourcentage de temps de travail

Votre rémunération : bulletin de salaire, détails de la fiche de paie, primes et indemnités.

Vos repos et congés : les repos hebdomadaires, les repos compensateurs, les congés annuels, les congés supplémentaires, vous allez être mère, le congé d'adoption, le congé parental, le congé maladie, autorisations d'absences.

Vos droits : le droit d'expression et ses limites, votre protection, l'exercice du droit de grève, le droit de grève.

La formation : la formation continue, les différentes filières professionnelles, le congé de formation, les études promotionnelles.

Votre santé : la médecine du travail, la gratuité des soins, les mutuelles, les accidents du travail et du trajet.

Votre vie quotidienne

Le restaurant, L'espace médico-social, Vos enfants, Vos loisirs

ANNEXE N° 5 : Maquette. fiche évaluation du référentiel de compétences

Service

Nom du professionnel

Date 1^e évaluation

A FORME	A VÉRIFIER	FORME	FORMATEUR	DOMAINES DE COMPÉTENCES
				CONNAISSANCE DE LA STRUCTURE
				Connaissance de l'établissement
				ACTES ADMINISTRATIFS
				Prise en charge d'un patient à son entrée
				Prise en charge d'un patient à sa sortie
				Gestion commandes des ambulances
				ACTES LOGISTIQUES
				Commande pharmacie
				Commande matériel
				CONNAISSANCE DU MATÉRIEL
				Seringue électrique
				électrocardiogramme
				ACTES ET PROTOCOLES DE SOINS
				Voies veineuses périphériques et bilan sanguins
				Prise en charge d'un patient pour une ponction lombaire
				Surveillance neurologique : Glasgow
				UTILISATION OUTILS INFIRMIERS
				Dossier de soins
				Transmissions ciblées
				SIIPS
				HYGIÈNE
				Nettoyage des instruments et préparation envoi stérilisation
				Nettoyage et désinfection fibroscope