

SESSION 2015

---

## **AGRÉGATION CONCOURS EXTERNE**

**Section : ÉCONOMIE ET GESTION**  
**Option : ADMINISTRATION ET RESSOURCES HUMAINES**

### **ÉTUDE DE CAS SUR LA GESTION DES ENTREPRISES ET DES ORGANISATIONS**

Durée : 5 heures

---

*Calculatrice électronique de poche – y compris calculatrice programmable, alphanumérique ou à écran graphique – à fonctionnement autonome, non imprimante, autorisée conformément à la circulaire n° 99-186 du 16 novembre 1999.*

*L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout autre matériel électronique est rigoureusement interdit.*

*Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.*

*De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.*

**NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.**

**Tournez la page S.V.P.**

## **Étude de cas sur la gestion des entreprises et des organisations**

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| <b>PRESENTATION DE CHM.....</b> | <b>2</b> |
|---------------------------------|----------|

### **DOSSIER 1 : LE DIAGNOSTIC DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.4**

|                                                            |   |
|------------------------------------------------------------|---|
| ANNEXE 1 : L'EMPLOI DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ..... | 4 |
|------------------------------------------------------------|---|

|                                                                  |   |
|------------------------------------------------------------------|---|
| ANNEXE 2 : LA FONCTION RH DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ..... | 6 |
|------------------------------------------------------------------|---|

|                                                                     |   |
|---------------------------------------------------------------------|---|
| ANNEXE 3 : ATTRACTIVITE DU CHM - LES TEMOIGNAGES DES SALARIES ..... | 7 |
|---------------------------------------------------------------------|---|

|                                            |   |
|--------------------------------------------|---|
| ANNEXE 4 : LES « MAGNETS HOSPITALS » ..... | 8 |
|--------------------------------------------|---|

|                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------|---|
| ANNEXE 5 : L'EVALUATION DES COMPETENCES AU SEIN DU CHM ..... | 9 |
|--------------------------------------------------------------|---|

|                                                               |   |
|---------------------------------------------------------------|---|
| ANNEXE 6 : LA GRILLE D'EVALUATION DES INFIRMIERES DU CHM..... | 9 |
|---------------------------------------------------------------|---|

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| ANNEXE 7 : RETOUR D'EXPERIENCES SUR LA CAMPAGNE D'ENTRETIENS ..... | 12 |
|--------------------------------------------------------------------|----|

### **DOSSIER 2 : L'ABSENTEISME ET LE MANAGEMENT.....14**

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| ANNEXE 1 : LES DONNEES SUR L'ABSENTEISME ..... | 16 |
|------------------------------------------------|----|

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| ANNEXE 2 : LE CONTEXTE DE TRAVAIL, UNE DES CAUSES DE L'ABSENTEISME...18 |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| ANNEXE 3 : LES DISPOSITIFS ACTUELS DE GESTION DE L'ABSENTEISME ..... | 19 |
|----------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| ANNEXE 4 : EXTRAITS DU COMPTE-RENDU DE L'ENQUETE SUR L'ABSENTEISME | 19 |
|--------------------------------------------------------------------|----|

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| ANNEXE 5 : SONDAGE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL..... | 21 |
|-------------------------------------------------------|----|

## PRESENTATION DE CHM

Le centre hospitalier de Montagne (CHM) assure une mission de soins de proximité sur un territoire comptant près de 140 000 habitants répartis sur 7 communes. Il se situe dans un bassin industriel particulièrement dense qui comporte des technologies à risques. Ce territoire de soin comprend également deux cliniques privées. Le Centre hospitalier universitaire (CHU) le plus proche se situe dans l'agglomération voisine distante d'une quarantaine de kilomètres.

Le CHM est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, soumise au contrôle de l'État. Sa mission générale est définie par l'article L6111-1 du code de la santé publique : les établissements de santé « assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (...). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux (...). Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ». Le CHM dispose d'un conseil de surveillance et est dirigé par un directeur assisté d'un directoire<sup>1</sup>.

Le CHM compte 761 lits, répartis de la façon suivante :

- 200 lits Médecine / chirurgie / obstétrique (MCO) ;
- 57 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- 411 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Le CHM compte 3 EHPAD ;
- 70 lits au foyer de vie ;
- 4 lits d'unité de surveillance continue ;
- 4 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée ;
- 10 places d'hospitalisation de jour dont 2 en chirurgie ;
- 5 places de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire.

En 2013, le CHM représente 728 naissances, 5 228 entrées en médecine, 2 641 entrées en chirurgie et 21 151 passages aux urgences. Il est également doté d'un Institut de formation en soins infirmiers et d'un Institut de formation des aides-soignantes dénombrant 180 étudiants au total. Ces instituts de formations permettent d'alimenter en partie les besoins en recrutement du CHM, bien que ces dernières années, on observe une mobilité plus importante et que beaucoup d'étudiants, une fois leur diplôme en poche, choisissent un premier poste dans un autre établissement, notamment dans des organisations de santé privées.

698 agents sont rémunérés sur le site du CHM dont : 115 agents administratifs, 459 agents soignants, 89 agents techniques et 35 agents médicotechniques. En pratique, cet effectif se compose de quatre populations ayant des logiques d'action différentes : 1. *Les membres du conseil de surveillance* sont chargés de surveiller les activités de l'hôpital ; 2. *Les gestionnaires*, dont fait partie le Directeur, sont chargés de gérer et contrôler les budgets, et n'ont pas de contrôle sur les opérations cliniques de leur établissement ; 3. *Le corps médical* traite les patients ; les médecins sont très impliqués dans le monde médical extérieur lié à leur spécialité et 4. *Le corps des personnels soignants* regroupant les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et Aides-Soignantes (AS) Les équipes de soignants font ainsi fonctionner les unités de soins en coordonnant les flux des patients. Au sein du CHM les services nécessitent des connaissances complexes, s'appuyant sur des processus de production difficiles à standardiser et à rationaliser. Les spécialités médicales (cardiologie, neurologie, etc.) tout comme les techniques de soins (soins de réanimation, dialyse, soins palliatifs, etc.) nécessitent également un apprentissage relativement long et une forte spécialisation.

<sup>1</sup> Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration, en application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Depuis les années 1990, le secteur hospitalier a connu une vingtaine de réformes sous l'influence du New Public Management. Ces réformes ont profondément modifié l'hôpital public dans son financement et dans son organisation, avec l'objectif affiché de mieux le gérer. Depuis 2002, le rythme des réformes s'est accéléré. Avec une réforme tous les deux ans en moyenne, le CHM comme de nombreux établissements de santé, connaît des changements permanents qui transforment profondément le comportement et le travail des individus.

Le CHM est actuellement confronté à des difficultés en termes de Gestion des Ressources Humaines (GRH) et d'organisation. L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, sont répandues, notamment pour le personnel soignant et médical. De plus, les professionnels de santé déclarent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts, des demandes exigeant des réponses immédiates. L'absentéisme est élevé. C'est souvent grâce au soutien des collègues et de la hiérarchie que les soignants peuvent faire face à des situations de surcharge de travail et/ou difficiles.

Face à ce constat, le Directeur des Ressources Humaines (DRH) de CHM souhaite mettre à plat les pratiques de GRH et d'organisation. **Vous accompagnez le DRH dans ce projet et vous vous impliquez personnellement dans les dossiers suivants :**

- **Dossier 1 : Diagnostic de la Gestion des Ressources Humaines**
- **Dossier 2 : Absentéisme et management**

*Pour réaliser les travaux demandés, il vous faudra nécessairement mobiliser des grilles de lecture théoriques adaptées afin d'analyser la situation et de proposer des améliorations pertinentes et réalistes. L'articulation entre les concepts théoriques et le contexte du cas ainsi que l'utilisation d'outils de gestion appropriés seront également primordiales pour conduire vos missions.*



## DOSSIER 1 : LE DIAGNOSTIC DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le CHM rencontre des difficultés chroniques de recrutement et de fidélisation. Ces difficultés concernent l'ensemble des catégories de personnels : médecins, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes... et touchent également les fonctions de Direction du centre hospitalier. Depuis 2007, plusieurs périodes de vacances des fonctions de direction sont survenues et ont engendré un flottement dans le management de l'établissement. Les personnels, ayant intériorisé un certain fatalisme vis-à-vis de ce phénomène, le nomment : « *la valse des directions* ».

Le DRH pense que ces difficultés sont principalement liées à un déficit d'attractivité de l'établissement. Votre première mission consiste à cerner d'où provient ce phénomène et plus particulièrement, vous vous centrez sur la population d'infirmières.

### Liste des annexes :

**Annexe 1 - L'emploi dans les établissements de santé**

**Annexe 2 – La fonction RH dans les établissements de santé**

**Annexe 3 – Attractivité du CHM – Les témoignages des salariés**

**Annexe 4 - Les « Magnets Hospitals »**

**Annexe 5 - L'évaluation des compétences au sein du CHM**

**Annexe 6 - La grille d'évaluation des infirmières du CHM**

**Annexe 7 - Retour d'expériences sur la campagne d'entretiens**

## TRAVAIL A FAIRE

*En vous appuyant sur des grilles d'analyse théoriques adaptées au cas, les documents fournis en annexes et les éléments de contexte présentés, apportez des éléments de réflexion concernant les dimensions suivantes de la gestion des ressources humaines de CHM.*

**1. Vous êtes chargé(e) de proposer un état des lieux des politiques de GRH et du rôle de la Direction des Ressources Humaines. Pour réaliser ce travail, vous devez :**

- A l'aide d'auteurs et de théories ciblées, réaliser une note de synthèse sur les caractéristiques de la GRH publique.
- A l'aide de documents fournis en annexes, analyser les spécificités des établissements de santé en matière de GRH.
- A l'aide de l'annexe 2 et de théories ciblées, caractériser l'évolution de la fonction RH dans les établissements de santé.

**2. Vous êtes chargé(e) d'analyser et de proposer des solutions aux problématiques de l'attractivité et de la fidélisation des IDE dans le cas CHM**

- A l'aide de théories des organisations ciblées, expliquez en quoi les « magnet hospitals » parviennent à fidéliser leur personnel.
- Quels moyens alternatifs permettraient d'améliorer l'attractivité et la fidélisation, dans le cas de CHM ?
- Proposez un dispositif complet et opérationnel de GRH qui permettrait d'accompagner une telle réorganisation.

**3. Vous êtes chargé(e) d'améliorer le processus d'évaluation au sein du CHM**

- A l'aide d'une grille d'analyse et des annexes 5, 6 et 7, réalisez un diagnostic de la première campagne d'entretiens d'évaluation.
- Proposez des pistes d'amélioration du dispositif d'évaluation, adaptées au cas du CHM.

### **ANNEXE 1 : L'EMPLOI DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

*Source : Le panorama des établissements de santé – 2013, DRESS*



### **Les personnels travaillant dans les établissements de santé publics relèvent de statuts diversifiés :**

- Les personnels médicaux : dans les établissements publics, ces personnels sont en grande majorité salariés.
- Les personnels non médicaux : ces personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. Près de 85 % sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut général de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité.

### **Une stabilité du nombre d'emplois qui résulte d'une hausse dans le secteur privé et d'une baisse dans les établissements publics**

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes dans les établissements de santé représentent 1.007.000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

En 2011, le nombre d'ETP progresse dans les cliniques privées (+ 2 %), plus modérément dans les établissements privés à but non lucratif (+ 0,6 %), et il diminue légèrement dans le secteur public (- 0,3 %). Le nombre d'infirmiers et de sages-femmes en équivalent temps plein est en hausse (respectivement + 0,7 % et + 1,7 %), tandis que celui des aides-soignants stagne (- 0,2 %) et que celui des agents de service hospitaliers est globalement en baisse (- 1,8 %), cette baisse étant plus marquée dans le secteur public.

### **Quatre emplois salariés sur cinq sont occupés par des femmes, un sur cinq est à temps partiel**

Le personnel non médical est essentiellement féminin : quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel, allant de 31 % pour le personnel technique à 97 % pour les sages-femmes. La féminisation est plus prononcée dans les cliniques privées : les femmes y occupent 85 % des emplois, contre 79 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

En 2011, 21 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes, dont 24 % sont à temps partiel, occupent trois fois plus ces emplois que les hommes. Ainsi, le fait que quatre emplois non médicaux sur cinq soient féminins explique une part d'emplois à temps partiel plus élevée dans les établissements de santé que dans l'ensemble de l'emploi français. Quelle que soit la catégorie de personnel, hormis le personnel médico-technique, le temps partiel est plus courant dans les établissements privés (24 % des emplois) que dans les hôpitaux publics (20 %). Les emplois de sages-femmes, de rééducateurs et de psychologues sont plus souvent à temps partiel que les autres emplois non médicaux.

### **Le salaire net annuel moyen est plus élevé dans le secteur public**

En 2011, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 26 030 euros, soit 26 490 euros dans le secteur public, 26 070 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 22 690 euros dans le secteur privé à but lucratif. Toutefois, la comparaison des salaires moyens entre les secteurs public et privé doit être prudente compte tenu de différences de structure concernant la qualification et, de manière moins prononcée, l'âge. Ainsi, le secteur privé lucratif se distingue des autres secteurs par une faible proportion de médecins salariés et par des professions intermédiaires soignantes (principalement les infirmières) en moyenne plus jeunes, deux facteurs qui influent sur le salaire moyen observé. Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes, externes et résidents) perçoivent un salaire net annuel moyen de 56 820 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération dans les différents secteurs. Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 560 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et lucratif (respectivement 25 930 euros et 25 730 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 19 950, 18 310 et 17 550 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif.



## ANNEXE 2 : LA FONCTION RH DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

*Le DRH du CHM participe à une journée d'étude organisée par la Fédération Hospitalière de France et l'Agence Régionale de la Santé autour du thème « DRH à l'hôpital, nouveaux enjeux, nouvelles fonctions ». Trois témoignages de DRH retiennent particulièrement son attention.*

### Témoignage 1 : le DRH d'un CHU

« Le métier de Directeur des Ressources Humaines des hôpitaux publics devrait connaître un bouleversement de ses fonctions sans précédent. Certains pensent même qu'il pourrait disparaître ! De mon point de vue, cette évolution correspond à l'élargissement du spectre des compétences qui caractérise les nouvelles fonctions de Directeur des Ressources Humaines, avec l'atténuation des délégations traditionnelles et l'émergence d'un rôle d'animateur, de « pilote » du changement et de garant d'une certaine éthique du management en ressources humaines.

L'ordonnance du 24 avril 1996 et les dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009 ont mis l'accent sur l'efficience médico-économique de l'activité hospitalière, le respect des normes de qualité et de sécurité qu'il faut garantir aux patients, et la déconcentration importante de la Gestion des Ressources Humaines aux pôles. Ces changements ont pu représenter, dans l'esprit de certains responsables, une vision réductrice du rôle de Directeur des Ressources Humaines. Dans ce contexte, peut-être paradoxalement, les nouvelles fonctions de Directeur des Ressources Humaines me paraissent devenir d'autant plus nécessaires aux institutions de santé, que ces fonctions sont en lien direct avec l'amélioration de la performance de ces établissements.

La nouvelle dimension RH est au cœur des changements tels que l'accélération du flux démographique des effectifs, la formation des agents de tous les secteurs de l'hôpital, le tutorat des jeunes professionnels, la gestion des parcours professionnalisants, le développement des compétences, l'amélioration des conditions de travail, la gestion de la promotion professionnelle ainsi que la fidélisation des agents. Tous ces aspects impliquent la concertation, l'élaboration et le pilotage d'un projet social dont l'architecture doit être adaptée aux évolutions permanentes des établissements de santé et de leur environnement. »

### Témoignage 2 : la DRH d'une clinique privée

« À l'exception du recrutement direct des médecins, en tant que DRH, je gère toutes les catégories de personnels de l'établissement, y compris le personnel de soins car nous n'avons pas de Direction des soins centralisée (service généralement en charge du recrutement et de la mobilité de cette catégorie de personnel). Nous gérons également les intérimaires. C'est donc un large éventail d'activités que recouvre ma fonction. J'assure aussi des mandats de gestion que nous ont confiés des établissements extérieurs pour la paye et pour le conseil en Ressources Humaines.

Je travaille étroitement avec les responsables de services et les équipes pour trouver des solutions aux problèmes qui se posent. Prenons l'exemple du recours à l'intérim pour le personnel de soins. Il s'agit d'une préoccupation au quotidien, car c'est une formule beaucoup trop coûteuse pour l'établissement. Pour faire baisser les dépenses d'intérim, j'ai travaillé avec les services en constituant un comité de suivi "dépenses d'intérim" avec l'encadrement soignant. Ensemble, nous avons pu ainsi réduire très sensiblement, les dépenses d'intérim par des recrutements sur des postes durablement vacants grâce à des actions de communication, en participant à des salons ou par le biais d'échanges avec des IFSI (instituts de formation de soins infirmiers). (...)

J'ai fait aussi de la « fonction partagée » et de la proximité avec le personnel deux axes forts de ma politique de GRH. Par exemple, j'ai travaillé avec une équipe en difficulté pendant plusieurs mois en organisant très régulièrement des réunions dans le service. Il n'est pas toujours facile d'accepter la critique, il faut donner beaucoup de temps, mais avec le dialogue et l'écoute, on parvient à apaiser les conflits. »

### Témoignage 3 : un ancien DRH d'un CHU

« Au début de ma carrière dans les années 70 on parlait de « Bureau du Personnel » ou de « Direction du Personnel », et il s'agissait essentiellement d'administration de dossiers. La gestion du personnel était plus simple qu'aujourd'hui, mais aussi plus contraignante. En effet les grades correspondaient presque tous à des fonctions, les diplômes (DE, BEP, CAP, etc.) donnaient la compétence et il n'y avait pas beaucoup de questions à se poser pour le recrutement sur des emplois vacants. Mais la gestion était plus contraignante, car les postes devaient être inscrits au « Tableau des emplois » soumis aux instances et aux tutelles, et il était impossible de recruter ou de nommer un agent si l'emploi n'était pas créé.



Puis nous sommes passés aux « Ressources Humaines » au début des années 80 quand il a été admis que le personnel représentait de la ressource pour un établissement, plus que de la dépense. C'est ensuite la période des reclassements successifs, Classe supérieure, Classe exceptionnelle, Hors Classe, etc. et la gestion a commencé à se compliquer, car pour un grade donné tout l'effectif ne peut être nommé en classe supérieure et cela a généré des frustrations et détérioré quelquefois le dialogue social.

Ensuite sont arrivés fin 90, les notions de métiers, d'emplois, de compétences, avec tous leurs lots de discussions, d'explications, et de réticences aussi quelquefois.

C'est la gestion d'aujourd'hui, moins simple, car ces notions doivent être complètement assimilées par tous les agents et par l'encadrement, mais moins contraignante, car dans le cadre des textes liés à la nouvelle gouvernance les emplois peuvent être créés ou modifiés par l'établissement lui-même s'ils sont financés dans l'Etat prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

Le bouleversement actuel en GRH, vient de la mise en pôles des établissements, toujours dans le cadre de la nouvelle gouvernance, qui implique une décentralisation des décisions RH au niveau des directeurs de pôle. Voilà le défi me semble-t-il auxquels devront répondre les DRH dans les années à venir : conserver une gestion unique et équitable de la carrière des agents alors que la gestion est décentralisée. »

### ANNEXE 3 : ATTRACTIVITE DU CHM - LES TEMOIGNAGES DES SALARIES

Quelques salariés apportent leurs témoignages, sur la question de l'attractivité de CHM :

La Directrice des soins :

*« Actuellement l'essentiel de ma mission consiste à attirer et recruter des infirmières. La situation est très délicate. On n'arrive plus à compléter le pool de remplacement des infirmières. Et l'on commence à ressentir une pénurie au niveau des aides-soignantes, sans bien sûr que cela prenne les mêmes proportions que pour les IDE.*

*Je suis très attentive aux IDE qui sortent de notre institut de formation. Dès qu'une candidature arrive au CHM, je lui réponds dans la journée. C'est une véritable course, parce que juste à côté de nous, il y a le CHU, sans compter les cliniques privées. Donc il faut faire très vite.*

*On a très peu de marges de manœuvre. On ne peut pas jouer sur le salaire. D'autres établissements sont très offensifs, par exemple, ils réduisent le temps de titularisation le faisant passer d'un an à 6 mois seulement... Certains établissements proposent aussi des CDD parce que certaines IDE ne veulent pas s'engager de suite...*

*Certains choisissent notre établissement parce qu'ils ont fait leur stage chez nous. Mais de plus en plus, ils sont chez nous pour un temps limité.*

*En fonction des secteurs aussi, c'est plus ou moins problématique : Les jeunes ne veulent pas aller à l'EHPAD. Les jeunes professionnelles qui sortent de l'école, elles sont avides de technique : ne souhaitent pas affectation en EHPAD... »*

Le DRH :

*« C'est sûr que notre établissement est beaucoup moins attractif que les établissements voisins. Avec un CHU à moins de 40 km parfois on perd des candidats.*

*On tente de fidéliser les IDE et les AS qui sortent de nos instituts de formation. Avec le nombre de stages qu'elles ont à réaliser dans leur parcours, elles connaissent au final bien notre établissement. Et généralement quand on les recrute ça se passe très bien par la suite.*

*On entame actuellement une réflexion avec le Directeur des instituts pour créer des parcours dans les stages et leur permettre ainsi de mieux connaître toutes les possibilités chez nous. »*

Des soignants :

*« Rien n'est fait au niveau de l'intégration. On n'est pas du tout accompagné lors de notre première affectation et après c'est pire encore. »*

*« L'intégration, ça dépend vraiment des services. Tu tombes sur une équipe où ça roule, là les filles prennent le temps de t'expliquer... sinon tu te débrouilles. »*



« Quand je suis arrivée au CHM, j'ai vraiment été surprise. J'avais travaillé au CHU et pour des raisons familiales, j'ai postulé au CHM. Mais les méthodes ne sont pas du tout les mêmes. Je me suis retrouvée dans un service difficile. Heureusement j'ai demandé à changer et depuis ça se passe beaucoup mieux. »

« Ici on ne reconnaît pas votre travail et votre implication. »

« Ils disent qu'ils font tout pour recruter mais ce n'est pas vrai. Beaucoup de personnes postulent, j'en connais. Mais ils ne veulent pas recruter. Ils cherchent simplement à diminuer les coûts... ».

#### **ANNEXE 4 : LES « MAGNETS HOSPITALS »**

Source : adaptée de Mossé et al., 2013 et Brunelle, 2009

Depuis les années 2000, le marché du travail des infirmières est très tendu : 63 % des établissements en France auraient des difficultés à recruter des infirmiers (Haroche, 2010). Ces tensions incitent les infirmières à changer de poste, de service, d'établissement ou de profession en cas d'insatisfaction. Pour limiter le turnover, quelques établissements ont commencé à réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction (Baret et al., 2013).

A partir des études réalisées, quatre principales catégories de facteurs ayant une influence sur l'intention de départ des infirmières se dessinent :

- le sens du travail : réalisation de soi, soins de haute qualité, relation avec le patient ;
- les relations de travail : relations avec les médecins, soutien et reconnaissance du cadre, coopération entre professionnels ;
- équilibre de la relation contribution-rétribution : conditions de travail, charge de travail, rémunération ;
- les compétences : tutorat, formation, opportunités de carrière.

Apparus dès les années 1980 aux Etats-Unis, les « magnets hospitals » (ou hôpitaux magnétiques en France) seraient des établissements qui réussissent mieux que d'autres à recruter et à fidéliser leur personnel infirmier. Selon Brunelle (2009), ces établissements réunissent les huit conditions essentielles suivantes :

- 1) L'autonomie professionnelle des infirmières. Elle vient au premier plan et se concrétise dans les tâches effectuées, des modèles de soins solides, la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover. L'identification professionnelle joue à plein, en soi elle contribue à surmonter des conditions difficiles et réduit le roulement.
- 2) Le support fourni par les appareils administratifs dans les diverses conditions de travail : sécurité au travail, équipements, soutien informatif (comme la rétroaction), garderies, etc. C'est une gestion qui supporte et surtout qui est vue comme équitable.
- 3) Une bonne collaboration entre médecins et infirmières. C'est une variable critique du cabinet de médecin (à condition d'avoir de telles infirmières) en milieu institutionnel, et les hôpitaux magnétiques ne font pas exception.
- 4) La valorisation professionnelle et le leadership infirmier. Au-delà de discours creux, la valorisation se vérifie dans les actions de l'Administration : l'encouragement à suivre/donner des cours, l'importance de la formation continue, etc. À défaut, les infirmières reproduisent ce qu'elles ont appris. Au mieux, elles peuvent en rester là, faute de moyens. Au pire, il y aura induction d'un enchaînement : routine, déqualification progressive, insécurité croissante (trop peu de roulement) et présentéisme. La valorisation transparaît aussi dans le statut du *nursing* dans le centre hospitalier (comme sa place dans les instances décisionnelles) ainsi que la qualité d'un *leadership* infirmier. Le personnel se sent respecté, terme revenant systématiquement dans les évaluations des hôpitaux magnétiques. Respect et confiance en l'Administration vont de pair.
- 5) Des relations positives avec les pairs, vus comme compétents. Dans les 25 années pendant lesquelles des évaluations ont été menées, une expression est apparue régulièrement : *Ici, c'est une famille*. On est soutenu par les autres, mais aussi porté à ne pas laisser tomber les collègues. Volontiers, on appartient à un groupe, on s'implique, on est motivé. Ces traits jouent sur l'efficacité. Il y a un faible recours aux agences de placement de personnels intérimaires dans les hôpitaux magnétiques, ce recours étant un in-

dicateur de dysfonctionnement. Avoir des collègues vécus comme compétents permet l'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe. On sait avec qui on travaille, on peut agir en conséquence. À défaut, jamais la notion d'équipe ne peut prendre corps.

- 6) Un ratio de personnel adéquat. Les centres hospitaliers américains privilégient l'intensité de traitement. Ils ont des ratios élevés de personnel, malgré les problèmes généralisés de recrutement. Ces problèmes sont moins aigus pour les hôpitaux magnétiques, même s'ils affichent des ratios particulièrement élevés. De plus, la proportion d'infirmières très qualifiées y est plus importante, ce qui semble annoncer de meilleurs résultats (au sens de *outcomes*).
- 7) Un focus client. L'objet d'attention est le client, c'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements. La dimension clinique transcende.
- 8) L'importance de la qualité. La recherche d'une meilleure qualité des soins et services est un indéniable attrait pour tout groupe professionnel... si elle dépasse le stade du discours.

#### **ANNEXE 5 : L'EVALUATION DES COMPETENCES AU SEIN DU CHM**

La CIRCULAIRE N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en oeuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière, fixe les conditions de l'évaluation dans les organisations hospitalières. L'entretien professionnel doit se dérouler sans tiers, ni interruption extérieure. L'évaluation s'effectue dans le cadre d'un entretien individuel entre l'agent et son seul supérieur hiérarchique direct. Il s'agit d'un moment de dialogue et d'échanges. Le temps consacré à l'entretien professionnel doit permettre :

- de faire le bilan et d'échanger sur les objectifs et réalisations de l'année, d'évaluer la qualité et l'efficacité du travail au regard des priorités définies,
- de définir les actions et les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, ajustés au contexte professionnel existant et de déterminer les indicateurs de résultats attendus,
- de valoriser les compétences en décrivant les capacités et aptitudes individuelles,
- de faciliter l'élaboration du projet professionnel de l'agent,
- d'impliquer l'encadrement dans la réalisation d'objectifs négociés avec l'agent.

#### **ANNEXE 6 : LA GRILLE D'EVALUATION DES INFIRMIERES DU CHM**

Le CHM a décidé, dès 2013, de mettre en place l'évaluation des compétences. La grille d'entretien s'appuie sur les directives de la circulaire.



## ENTRETIEN PROFESSIONNEL ANNUEL

INFIRMIER(E)

ANNEE 20...

Pôle : .....

Service : .....

Quotité de temps de travail :

| Agent évalué       | Evaluateur         |
|--------------------|--------------------|
| NOM :              | NOM :              |
| Prénom :           | Prénom :           |
| Grade / Fonction : | Grade / Fonction : |

Entretien Professionnel conduit le :

## I/ BILAN ANNUEL D'ACTIVITE – OBJECTIFS DE 20...

| Rappel des objectifs posés | Niveau de réalisation<br>(cotation de 1 à 3)* | Circonstances ayant influé sur la<br>non-réalisation |
|----------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                            |                                               |                                                      |

\* 1 : non réalisé      2 : en cours de réalisation      3 : réalisé

Faits marquants de l'année écoulée :

## II. EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES DE L'AGENT

| Compétences Métier Requises                                                                                                                                   | Débutant | Confirmé | Maîtrisé | Expert |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------|
| Evaluer l'état de santé et le degré d'autonomie de la personne                                                                                                |          |          |          |        |
| Réaliser les soins infirmiers et les activités thérapeutiques adaptés aux situations en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques |          |          |          |        |
| Identifier les situations d'urgence ou de crise et y faire face par des actions adaptées                                                                      |          |          |          |        |
| Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage                                                                                              |          |          |          |        |
| Planifier et organiser son temps et celui de ses collaborateurs dans le cadre du travail d'équipe                                                             |          |          |          |        |
| Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins                                        |          |          |          |        |

## III/ CONTRAT D'OBJECTIFS ANNEE 20....

| 1/ Objectifs de pôle    | Moyens | Résultats attendus et calendrier de réalisation |
|-------------------------|--------|-------------------------------------------------|
|                         |        |                                                 |
| 2/ Objectifs personnels | Moyens | Résultats attendus et calendrier de réalisation |
|                         |        |                                                 |

## IV. PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE CARRIERE

Mobilité (dans la fonction, au sein du Pôle, au sein de l'établissement...)



Autres perspectives (temps de travail, mutation, détachement, disponibilité,...)

## V. FORMATION

Formation continue au titre de l'année 20....

Autres au titre de l'année 20...

**Etabli le....**

**Signature de l'agent évalué**

**signature de l'évaluateur**

## **ANNEXE 7 : RETOUR D'EXPERIENCES SUR LA CAMPAGNE D'ENTRETIENS**

La première campagne d'entretiens prend fin et plusieurs remontées des agents et des cadres de santé sont faites au DRH.

Encadré 1 : extraits des remontées des cadres de santé sur le système d'évaluation

- Ça ne sert à rien.

- Ça ne sert à rien.
- Ça prend plusieurs semaines à temps complet chaque année.
- Il y a un mieux pendant quelques semaines et ensuite c'est comme si on n'avait rien fait.
- C'est un moment important d'échanges avec les équipes. Ça permet de mettre les choses à plat
- Je crois que c'est bien apprécié des équipes. C'est un moment d'échanges en plus des échanges quotidiens. Mais là on a vraiment le temps de parler d'elles.
- Certaines ont des attentes démesurées, c'est parfois très compliqué parce que l'on sait parfaitement qu'elles n'auront pas ce qu'elles demandent.
- Les premiers entretiens, les IDE venaient sans trop avoir préparées. On y allait un peu en tâtonnant. Maintenant elles se sont passées le mot. Elles préparent, elles argumentent sur leurs compétences. Il faut en face que l'on ait aussi des arguments. Il faut aussi les convaincre.
- C'est impossible de trouver chaque année de nouveaux objectifs pour des agents de service hospitalier. Pour les IDE et les AS ça devient difficile pour certaines.
- C'est bien on discute, on fait le point... après on est quand même limité...être compétente ou pas ça change pas vraiment votre rémunération ! et il ne faut pas se leurrer, elles recherchent aussi ça... Nos leviers en tant que cadre sont quand même faibles <sup>2</sup>...

#### Encadré 2 : extraits des remontées des IDE et AS sur l'évaluation

- La cadre de santé, elle ne voit jamais ce que je fais de bien et en revanche elle met l'accent sur les rares défaillances. Si je suis arrivé en retard un jour dans l'année elle va m'en faire la remarque et tous les autres jours où j'étais nickel, ça ne compte pas !
- Il y en a qui sont copains avec leur hiérarchie, alors évidemment ce n'est pas objectif !
- Selon les services aussi, les cadres sont plus ou moins exigeants. Je sais que notre chef, elle est très exigeante donc forcément les évaluations sont beaucoup plus strictes et les objectifs élevés. C'est parfois un peu injuste par rapport à d'autres services où la cadre est beaucoup moins exigeante...
- Il y a beaucoup de choses qui ne sont pas vues par la cadre. Elle ne voit pas réellement le travail. Tout le temps passé avec les familles et ça c'est quand même déterminant dans notre travail. Pareil la relation qu'on a avec le médecin, elle ne le voit pas forcément. Pourtant cette relation ça fait une grande partie du travail, est-ce qu'il nous fait confiance, les informations qu'il nous passe... tout ça parfois on a l'impression que c'est passé sous silence.
- C'est vraiment très stimulant ! Dans mon service on échange beaucoup et la cadre nous connaît bien. Mais d'avoir un temps d'échanges vraiment dédié à nos compétences, nos souhaits d'évolution, nos objectifs, c'est très important ! On est vraiment là pour échanger et discuter, on n'est pas sans cesse déranger...
- Je n'attends pas grand chose de ces évaluations. De toute façon tout est joué d'avance. Ici je sais comment ça fonctionne...

<sup>2</sup> Bien que très limités au regard des contraintes du statut et de la notation, les leviers de valorisation des résultats existent dans la fonction publique hospitalière. La note d'un agent progresse normalement de 0,25 point par an, une progression exceptionnelle de 0,5 point doit faire l'objet d'un rapport circonstancié de l'évaluateur et ne peut être appliquée deux années de suite. Inversement, le maintien ou l'abaissement de la note reste exceptionnel et conditionné à un rapport circonstancié de l'évaluateur. Les augmentations de note conditionnent le passage aux échelons et grades supérieurs et impactent donc, dans un cadre très normé, la rémunération individuelle de l'agent. Une prime de service peut être versée à chaque titulaire et stagiaire en fonction de son ancienneté, de son absentéisme et de sa note.