CARTOGRAPHIE REGIONALE DES METIERS
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Lettre d’engagement à renvoyer avant le 21/02/2025

Afin de confirmer la participation de votre établissement à la cartographie régionale des métiers, **merci de bien vouloir compléter et nous retourner cette lettre d’engagement**.

En retournant ce bulletin, votre établissement s’engage à **fournir à l’ANFH, par l’intermédiaire d’une plateforme confidentielle et sécurisée par BVA People Consulting :**

* **Les données-métiers** des personnels non médicaux et à **répondre à une enquête** **sur les métiers en tension et les difficultés de recrutement** ;
* Si votre établissement relève du secteur sanitaire, il s’engage également à **participer au recueil portant sur les spécialités médicales et sur les besoins en personnels médicaux à 3/5 ans** **par spécialité.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM ET VILLE DE L’ETABLISSEMENT :** |  |
| **Code ETS ANFH :** | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

Pour mener à bien cette démarche, votre établissement bénéficiera de l’**accompagnement en ligne (mail et téléphone) de l’équipe BVA People Consulting** dédiée à ce projet. **Vous accèderez à la cartographie et aux indicateurs-métiers de votre établissement** (taux de contractuels, pyramide des âges…),ainsi qu’aux **comparaisons régionales, territoriales et sectorielles**.

|  |
| --- |
| **RéFéRENT INTERNE chargé de fournir les données-métiers pour la cartographie des Personnels Non Médicaux** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Fonction :  |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DIRECTEUR D’ETABLISSEMENT OU DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES chargé de répondre à l’enquête Métiers en tension et difficultés de recrutement des Personnels Non Médicaux** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Fonction : |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Uniquement pour les établissements sanitaires (CHU, EPSM et CH) : REFERENT DES AFFAIRES MEDICALES sollicité pour la participation au recueil sur les spécialités médicales** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Fonction :  |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Uniquement pour les établissements sanitaires (CHU, EPSM et CH) DIRECTEUR.TRICE DES AFFAIRES MEDICALES** **pour la participation à l’enquête sur les spécialités en tension et besoins en personnels médicaux à 3/5 ans** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LOGICIEL PAIE**\*** utilisé par l’établissement : |
| \* Certains éditeurs peuvent vous faire bénéficier d’un format-type d’extraction de données ou, sur demande et en accord avec l’ANFH, de l’extraction des données par l’éditeur.  |

**L’établissement s’engage à :**

* Fournir à l’ANFH, via la plateforme sécurisée par BVA People Consulting, les données et informations nécessaires à la réalisation de la cartographie de l’établissement et de la cartographie régionale ;
* Respecter le délai prévu pour la mise à disposition des données et leur validation par BVA, soit **le 16/05/2025** au plus tard

**En contrepartie de ces engagements, l’établissement bénéficie :**

* De l’accès à une réunion d’information et à une aide en ligne du prestataire BVA People Consulting (mail et téléphone) ;
* De la restitution de sa cartographie et de ses indicateurs-métiers, puis de son positionnement par rapport aux indicateurs territoriaux, régionaux et sectoriels à l’issue de la démarche régionale ;
* De la possibilité de mettre à jour annuellement sa cartographie et ses indicateurs-métiers dans les 3 prochaines années ;
* D’une prise en charge financière complète du dispositif par l’ANFH.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Signature du chef d’établissement ou de son représentant :

Prénom, Nom - Fonction :

Signature :

|  |
| --- |
| **Merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé à c.labourroire@anfh.fr** |

**Pour toute question ou complément d’information préalable à votre engagement, n’hésitez pas à contacter :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Clara Labourroire** | **Référente ANFH cartographie régionale** | **05 51 35 15 48** | **c.labourroire@anfh.fr** |
| **Sylvie Gracia** | **Conseillère formation Aquitaine** | **05 56 84 18 13** | **s.gracia@anfh.fr** |
| **Cinthia Milne** | **Conseillère formation Aquitaine** | **05 57 35 01 70** | **c.milne@anfh.fr** |
| **Myriam Mouneix** | **Conseillère formation Limousin** | **05 55 31 79 12** | [**limousin.formation@anfh.fr**](limousin.formation%40anfh.fr) |
| **Catherine Ruiz** | **Conseillère formation Poitou-Charentes** | **05 49 61 60 15** | **c.ruiz@anfh.fr** |