**CARTOGRAPHIE REGIONALE DES METIERS**

**des personnels non médicaux et des personnels médicaux
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE 2024**

**Lettre d’engagement**

Afin de confirmer la participation de votre établissement à la cartographie régionale des métiers 2024, **merci de bien vouloir compléter et retourner à votre Délégation ANFH cette lettre d’engagement**.

En retournant ce bulletin, votre établissement s’engage à **fournir à l’ANFH, par l’intermédiaire d’une plateforme sécurisée par BVA, les données-métiers** des agents de la Fonction Publique Hospitalière (Personnels Non Médicaux) et à **répondre à une enquête** **sur vos difficultés de recrutement**. Si votre établissement relève du sanitaire (CHU, EPSM ou CH), il s’engage également à **participer au recueil portant sur les spécialités en tension et sur les besoins en personnels médicaux (PM) à 3/5 ans** **par spécialité.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM ET VILLE DE L’ETABLISSEMENT :** |  |
| **Code ETS ANFH :** | CEN…… |

Pour mener à bien cette démarche, votre établissement bénéficiera de l’**accompagnement en ligne (mail et téléphone) de l’équipe BVA** dédiée à ce projet. Dès la validation de vos données-métiers par BVA, **vous accèderez à la cartographie et aux indicateurs-métiers de votre établissement** (taux de contractuels, pyramide des âges…) puis aux **comparaisons régionales, territoriales et sectorielles,** dès la fin de la démarche régionale.

|  |
| --- |
| **RéFéRENT INTERNE chargé de fournir les données-métiers pour la cartographie des Personnels Non Médicaux** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Fonction :  |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DIRECTEUR D’ETABLISSEMENT / DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES ou RESPONSABLE RECRUTEMENT chargé de répondre à l’enquête sur les « 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) : DIRECTEUR DES AFFAIRES MEDICALES sollicité pour la participation au recueil sur les spécialités en tension et besoins en personnels médicaux à 3/5 ans** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Fonction :  |
| 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 :**

* Participer à la cartographie régionale des métiers de la Fonction Publique Hospitalière ;
* Fournir, via la plateforme sécurisée par BVA, les données et informations nécessaires à la réalisation de la cartographie régionale et à la mise à disposition, pour chaque établissement, de sa propre cartographie ;
* Respecter le délai prévu pour la mise à disposition des données et leur validation par BVA, avant le **06/09/2024.**

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

* D’un accompagnement collectif (réunion d’information) et individuel (mail et hot-linée dédiée) par le prestataire BVA ;
* 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 ;
* D’un accès à un croiseur de données, permettant de consulter des indicateurs, tableaux de bord métiers préformatés ;
* De la possibilité de mettre à jour annuellement sa cartographie et ses indicateurs-métiers ;
* D’une prise en charge financière complète du dispositif par l’ANFH.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / 2024

Signature du chef d’établissement ou de son représentant :

Prénom, Nom - Fonction :

Signature :

|  |
| --- |
| **Merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé à votre délégation ANFH :**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANFH Centre-Val de Loire*****Pôle Formation*** | centre.formation@anfh.fr |

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

Christelle GASNIER, déléguée régionale – c.gasnier@anfh.fr – 02.54.74.98.41

Nathalie COUTON, référente du projet en Délégation – centre.formation@anfh.fr – 02.54.74.98.46