

Etablissements  
de Santé

# Elaboration, négociation et suivi du

# projet social

guide méthodologique

## Avant-propos

*Le 14 mars 2000 était signé un protocole d'accord établi entre plusieurs organisations syndicales représentatives des personnels de la fonction publique hospitalière et le Gouvernement. En préambule y étaient rappelés les efforts réalisés par le monde hospitalier au cours des dernières années pour s'adapter aux évolutions nécessaires, et l'engagement pris par le gouvernement de soutenir, par des moyens financiers importants, les établissements s'engageant dans une modernisation structurelle devant leur permettre de répondre aux besoins de santé de la population.*

*Ce protocole d'accord a mis l'accent sur 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 ".*

*Ce projet social fait partie intégrante du projet d'établissement, et constitue ainsi une innovation dont la portée sera considérable pour les établissements. En effet, élaboré dans la concertation avec l'ensemble des personnels et négocié avec les partenaires sociaux, il permet à chaque établissement de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs communs dans une culture d'établissement partagée. Il est par conséquent un outil incontournable de la réussite du projet d'établissement.*

*L'article L 6143-2 du code de la santé publique, introduit par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, précise que " 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. Ce projet, en adéquation avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ".*

*En articulation avec ces dispositions, le projet social, dont le caractère obligatoire est affirmé dans le projet de loi de modernisation sociale, définit les objectifs généraux de l'établissement en matière de politique sociale ainsi que les mesures permettant leur réalisation. Il consacre le rôle central des personnels. Ces derniers s'y investiront d'autant plus facilement que les orientations de l'établissement leur seront compréhensibles. Pour créer une dynamique et susciter des évolutions, le projet social établit un cadre sécurisant, mais souple, qui laisse aux individus et aux équipes des marges d'initiative, de créativité et de progression. Il permet d'instaurer un processus de modernisation*

permanente ce qui légitimise les actions innovantes. Ainsi les acteurs peuvent-ils se reconnaître dans les démarches d'autoévaluation des activités existantes et réagir de façon adaptée aux besoins nouveaux des populations accueillies.

Dans un contexte où il se doit de mener une politique de soins centrée sur l'utilisateur en répondant aux exigences de la loi en matière de sécurité et de qualité, l'hôpital a besoin de s'appuyer sur sa principale richesse que constituent les femmes et les hommes qui y travaillent avec une grande conscience professionnelle. Le projet social s'attache à consolider le lien social au sein des équipes, entre les différentes catégories d'acteurs par la conscience mutuelle de l'utilité de chacun et de la reconnaissance de son travail.

Il doit aussi reconsidérer à sa juste valeur sa responsabilité en matière de santé au travail, recrutement, gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et qualifications, protection sociale, formation, développement des potentialités...

Le présent Guide méthodologique d'élaboration, de négociation et de suivi du projet social, n'a pas pour objet d'enfermer les établissements dans un ensemble de recettes aboutissant à des projets standardisés. Il se veut plutôt un outil pédagogique de négociation et de dialogue social dont tous les acteurs de l'hôpital peuvent s'emparer pour entamer en partenariat un travail de réflexion et de construction. Il rappelle les grandes lignes fixées par le cadre législatif et réglementaire, mais s'efforce surtout, sous forme d'exemples tirés de l'expérience de ceux qui se sont déjà confrontés à l'exercice, d'ouvrir la voie à la créativité et à l'innovation.

C'est dans cet esprit que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, en collaboration avec les partenaires sociaux et des professionnels hospitaliers, a entrepris la réalisation de ce guide méthodologique à l'intention des établissements de santé. Ceci, afin de les aider à élaborer ou réactualiser leur projet social, à définir les actions de modernisation sociale pouvant figurer dans le contrat d'objectifs et de moyens, en cohérence avec la circulaire.

C'est pourquoi je souhaite que tous, personnels hospitaliers et médicaux, cadres et directeurs, trouvent dans ce guide, au-delà des simples conseils pratiques nécessaires à l'élaboration du projet social de leur établissement, un support au dialogue et à la communication qui sont les seuls vrais garants de la réussite de cette réforme ambitieuse.



**Edouard COUTY**

Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

# Sommaire

<b>Le projet social : Un élément moteur de la réussite du projet d'établissement .....</b>	<b>4</b>
--	----------

<b>Les principales composantes du projet social.....</b>	<b>6</b>
--	----------

● La modernisation des relations sociales.....	6
● La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la validation des acquis professionnels.....	8
● L'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines.....	11
● La qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail .....	15
● La formation initiale et continue .....	23

<b>Le processus d'élaboration du projet social.....</b>	<b>26</b>
---	-----------

● Les préalables et les recommandations.....	26
● L'implication des acteurs .....	27
● L'état des lieux .....	29
● Le recensement des besoins prioritaires .....	32
● L'élaboration du projet.....	32

<b>Les sources de financement.....</b>	<b>34</b>
--	-----------

<b>La négociation du projet social avec les organisations syndicales .....</b>	<b>35</b>
--	-----------

<b>Le rôle des instances .....</b>	<b>37</b>
------------------------------------	-----------

<b>Le rôle de l'agence régionale d'hospitalisation et des services de l'Etat.....</b>	<b>39</b>
---	-----------

<b>L'appropriation et la mise en œuvre du projet social.....</b>	<b>43</b>
--	-----------

<b>Le suivi et l'évaluation du projet social .....</b>	<b>44</b>
--	-----------

<b>Des éléments de références bibliographiques.....</b>	<b>48</b>
---	-----------

<b>Remerciements.....</b>	<b>50</b>
---------------------------	-----------

La conception du projet social d'un établissement est nourrie par divers corpus. Le référentiel d'accréditation fait partie de ceux ci autant que l'histoire singulière de l'hôpital. Le protocole " AUBRY " du 14 mars 2000 , constitue également un référentiel de thématiques que l'on doit nécessairement trouver dans le projet social. La politique de remplacements des absences doit y être décrite en toute transparence. De même, les conditions de travail sont un volet obligé du projet social et la déclinaison de mesures visant à l'améliorer est impérative, d'autant qu'une fois reprise dans le volet social du contrat d'objectifs et de moyens, ces dernières auront vocation à générer un éventuel financement du fonds de modernisation sociale.

La médecine du travail et toute la dimension de la prévention des risques professionnels fera l'objet de mesures volontaristes. La prévention et l'accompagnement des situations de violence devra trouver place dans le projet social.

La résorption de l'emploi précaire sera largement présente tout comme l'installation de la gestion des ressources humaines dans une optique d'anticipation des besoins. Enfin, la promotion des conseils de services, dont on pourra rappeler la nécessité de mise en place, sera assurée ".

Jean Robert CHEVALLIER, DRH, Centre Hospitalier de Blois

" Depuis environ 10 ans, chaque service du CH formalise, à partir d'une méthodologie institutionnelle, les orientations de service pour l'an ou les années à venir.

Réaliser un travail participatif autour des besoins du service (déterminer ensemble quelles pratiques développer ? quels moyens prévoir ? pour quels résultats ? dans quels délais ?) permet d'anticiper les évolutions, de s'accorder sur un but commun, afin de donner plus de sens aux actions entreprises. Etroitement liés au Projet d'établissement, les axes favorisent la cohésion et les échanges entre secteurs, puisque certains sont transversaux (restauration / unités de soins / services techniques / unités de soins / kinésithérapie / chirurgie).

Leur diffusion annuelle sur l'établissement permet à chacun d'en avoir la connaissance.

Ces axes, présentés par les cadres à la Direction (les indicateurs choisis vont cibler l'amélioration de l'organisation) permettent également de faire le bilan de l'année écoulée (actions réalisées), et de garantir pour l'équipe la validation et l'autorisation de se mettre au travail... "

B. NOË, Cadre infirmier, Centre Hospitalier de Sète

# Le projet social

## Un élément moteur de la

Dans un contexte d'évolutions majeures et d'adaptation des activités, la politique des établissements de santé est conduite sur la base d'orientations explicites, cohérentes, connues et partagées par l'ensemble de la communauté hospitalière.

Les dispositions du code de la santé publique et celles du **protocole d'accord** du 14 mars 2000 prévoient de faire reposer la modernisation du service public hospitalier sur un **projet social** porteur de valeurs fortes et partagées. Celui-ci traduit la politique sociale de l'établissement. Sa mission première est de reconnaître et mobiliser les ressources humaines. Il a également vocation à préserver et à promouvoir les liens sociaux afin de permettre **la réalisation de l'ensemble des projets institutionnels**.

**La qualité du projet social trouve son fondement dans la politique de l'emploi, la valorisation des ressources humaines, et l'implication des personnels médicaux, paramédicaux, administratifs ou techniques.**

Le projet d'établissement s'établit à partir de l'expression collective des acteurs qui placent le malade au cœur de leurs réflexions et démarches.

La clarification collective des valeurs, des stratégies et enjeux de la structure est propice à une perspective de valorisation et de promotion des personnels. Elle est un gage d'amélioration de la qualité de vie au travail. Les principes et valeurs annoncés dans le projet social

# social

## La réussite du projet d'établissement

attestent de la qualité de la gestion des ressources humaines et reposent sur :

- La considération des personnels, pour faire émerger, utiliser les talents et compétences existant dans l'établissement ;
- La valorisation des métiers, des moins qualifiés aux plus qualifiés ;
- Le dialogue et l'écoute pour développer une politique de communication, de concertation, de négociation garantissant la transparence et la fiabilité des informations et des engagements ;
- Le décroisement pour favoriser la solidarité, la complémentarité et la compréhension des logiques qui régissent les modes de fonctionnement de l'institution ;
- L'accueil et l'accompagnement pour favoriser l'adaptation de tous ceux qui sont nouvellement recrutés, changent d'affectation ou bénéficient d'un stage.

Ils induisent de veiller :

- à clarifier les rôles pour permettre à chacun de se situer, cerner et justifier ses actes pour assumer des délégations, des responsabilités ou la conduite de projets ;

- à garantir le secret professionnel concernant la situation sociale, administrative ou la santé des agents ;
- au respect mutuel pour instaurer un climat propice à l'éthique et à la déontologie professionnelle ;
- à anticiper pour gérer de manière prévisionnelle les emplois et compétences et prévenir les situations d'inadaptation à l'emploi ;
- à mettre en place des modes d'organisation du travail propres à favoriser une qualité de vie au travail satisfaisante ;
- à privilégier l'équité ;
- à communiquer sur les perspectives et attentes institutionnelles en matière de compétences, de qualification, de mobilité, ainsi que sur la motivation des décisions prises afin que les personnels puissent conjuguer leurs souhaits d'évolution ou de reconversion.

Le choix de valeurs et principes et leur respect, traduisent l'aspect qualitatif de la **politique des ressources humaines** et contribuent à promouvoir les actions des agents.

**Projet d'établissement (Loi hospitalière du 31.07.91)**



**Projet médical  
Projet de soins**

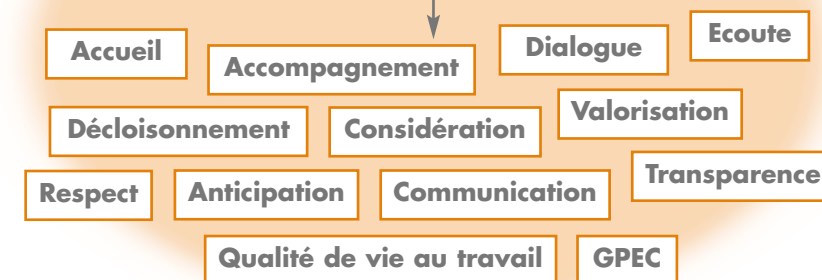
**Projet social**



**protocole accord de mars 2000,  
projet de loi de modernisation sociale,  
circulaire relative au projet social,  
juillet 2001**

**Autres projets  
(plan directeur des travaux...  
informatique...)**

**GRH  
Éléments moteurs de la  
gestion des ressources humaines**



**Retour sommaire**

## Renforcer la communication et la participation du personnel

**ACTION THEMATIQUE 1-8 : " Repenser le journal interne "**

Extrait du questionnaire d'évaluation anonyme relatif au journal interne " SYNAPSES "

Chers lecteurs et lectrices,

Huit numéros de synapses sont déjà parus depuis sa nouvelle mise en forme. Grâce à vous, le journal interne du centre hospitalier de SAINT-QUENTIN continue d'évoluer pour vous faire partager le plus d'informations possibles. Pour aider la poursuite du travail entrepris par le groupe " Repenser le journal interne ", nous vous invitons à vous exprimer dans le questionnaire anonyme suivant. Les résultats de cette enquête vous seront délivrés dans un prochain numéro. D'avance, MERCI !

**Comment lisez-vous SYNAPSES ?**

- Entièrement
- Quelques articles
- Seulement parcouru
- Pas du tout

**Les articles d'ordre juridique ?**

- Vous aimez beaucoup
- Vous aimez
- Vous aimez un peu
- Vous n'aimez pas du tout

**Les informations administratives (émanant des directions) ?**

- Vous aimez beaucoup
- Vous aimez
- Vous aimez un peu
- Vous n'aimez pas du tout

**Pour vous, SYNAPSES est -il utile comme :**

- Lien entre les services oui  non
- Lien entre les agents oui  non
- Outil d'information oui  non

**Seriez-vous intéressé(e) par la rédaction d'articles dans le journal interne ?**

- Oui, occasionnellement
- Oui, à la demande du comité de rédaction
- Non

Indiquez sur quels sujets : .....

**En général, que diriez-vous de SYNAPSES ?**

- Vous en êtes très satisfait
- Vous en êtes satisfait
- Vous en êtes peu satisfait
- Vous en êtes mécontent

**Selon vous, sur quels points SYNAPSES devrait-il progresser :**

- .....
- .....
- .....

Direction de la Qualité de la Formation et de la Communication,  
Centre Hospitalier de St Quentin

Dans le cadre du projet d'établissement et plus particulièrement du volet social de celui-ci, les organisations syndicales du centre hospitalier de Cornouaille ont signé avec la direction un contrat local d'amélioration des conditions de travail.

Nous avons participé activement aux réunions pour élaborer celui-ci et soutenir les demandes du personnel qui figuraient dans le précédent projet d'établissement mais qui faute de moyens n'avaient pas été mise en place comme le recrutement d'un psychologue et d'une assistante sociale à mi-temps pour soutenir les personnels en difficulté.

Un autre thème auquel nous nous sommes attachés : la prévention de la violence.

- travaux de sécurisation des parkings
- renforcement de l'équipe de sécurité
- procédure d'accompagnement des personnels subissant des actes d'agressivité

Témoignage d'un délégué syndical du Centre Hospitalier de Cornouaille

# Les principes du projet social

Le protocole AUBRY de mars 2000 sur la loi de modernisation sociale, la circulaire relative au projet social ainsi que sur les thèmes retenus habituellement dans les projets sociaux, proposent quelques thématiques et pistes d'actions :

- la modernisation des relations sociales ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la validation des acquis professionnels ;
- l'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines ;
- la qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail ;
- la formation initiale et continue.

La présentation thématique qui suit n'est qu'une recommandation et ne prétend pas remettre en cause les initiatives antérieures ou en cours dans les établissements.

## La modernisation des relations sociales

### La promotion de l'information et de la communication

La qualité du dialogue avec le personnel implique une stratégie de communication interne visant à harmoniser et mettre en synergie toutes les formes d'informations

# ales composantes ocial

**existantes dans la structure. Sa réussite dépend de l'identification des cibles, de l'adaptation des messages, du choix des outils.**

La direction s'investit directement dans cette dynamique organisée et maîtrisée. Elle est relayée par l'encadrement et les chefs de service. Des conditions favorables sont créées et permettent de transmettre l'information descendante, et de faire remonter précisément les besoins et préoccupations des salariés.

L'animation des équipes nécessite de maîtriser les outils méthodologiques facilitant l'efficacité des **réunions périodiques, des conseils de service et des groupes d'expression directe**. Les informations écrites font l'objet de commentaires et explications au cours de réunions systématisées dans les services.

Un plan d'action de communication formalisé concerne tous les agents, des nouveaux venus aux plus anciens.

La qualité de la **communication** repose, notamment, sur l'exploitation de moyens modernes pour favoriser l'accès direct en temps réel à des informations fiables, utilisables, claires.

Les supports d'informations, journaux traditionnels ou technologies nouvelles d'informations se doivent d'être facilement accessibles.

Les procès verbaux, relevés de conclusions des réunions, expriment clairement des propositions et les modalités de mise en œuvre et de suivi des actions, et sont systématiquement mis à la disposition du personnel.

Les dysfonctionnements, en matière de gestion des ressources humaines, peuvent faire l'objet d'une démarche systématique de signalement qui s'articule avec une démarche qualité, et de gestion et prévention des risques.

## Le développement du dialogue social

Des éléments du protocole d'accord de mars 2000 portent sur le thème du **dialogue social**. Ils s'inscrivent dans la continuité de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Ils sont une opportunité pour structurer effectivement et durablement les relations professionnelles en promouvant une plus grande **participation des personnels**.

Cette participation ne prend sa pleine valeur que si, dans le même temps elle induit plus de motivation et de responsabilité. Mise en œuvre dès l'ébauche du projet, la concertation facilite la pertinence du choix des plans d'actions.

**Les démarches participatives, structurantes pour la collectivité, s'appuient sur le renforcement du rôle des cadres.**

## Moderniser les relations sociales

Information - Communication, dialogue, expression

Cibles

Actions

Outils Supports

Direction

Organisation  
Maîtrise des outils

Plan de communication  
Formalisé

Chefs services  
encadrement

Relais  
à double sens

Réunions, Conseil  
de service ;  
Expression  
directe,  
Messagerie, fax

Equipes

Participation active ;  
Sollicitation,  
Responsabilisation

Ecoute,  
Expression,  
Compte-rendu  
des décisions

## Facilitateurs du dialogue social

Ecoute

Empathie

Respect des  
différences

Recherche de convergences



La mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) aux Service Techniques en 1995, et son extension dans d'autres secteurs de l'établissements en 1998, apparaît avec le recul, comme une suite logique aux actions engagées dès le début des années 1990. Elles visaient à promouvoir la gestion des hommes au sein de l'organisation.

Trois thèmes forts structurent cette réflexion prospective :

Initialiser une telle démarche et la pérenniser a certes des effets positifs, mais il convient de s'interroger sur le coût d'une telle démarche :

- du temps, encore du temps, toujours du temps ! Il s'agit d'une contrainte trop souvent mise en avant, mais elle représente certainement la contrainte, et donc souvent la critique, la plus fondée concernant la mise en place d'une démarche GPEC ;
- l'exigence d'une vision à long terme. Consécutive à la contrainte précédente, l'exigence d'une vision à long termes est obligatoire lors d'une démarche GPEC. En effet, comme elle nécessite beaucoup de temps et que l'on travaille sur le futur probable, l'hôpital doit avoir la capacité de se projeter dans cet avenir, avoir une vision au minimum à 3/5 ans du devenir de son organisation ;
- la nécessité d'impliquer tous les acteurs. La démarche GPEC est une démarche transversale ; pour réussir, elle doit emporter l'adhésion du maximum d'acteurs et donc s'appuyer sur une communication interne forte.

la nécessité d'un système d'informations, condition sine qua non d'un traitement efficient des données exploitées. Finalement, la mise en place d'une GPEC reste une démarche très exigeante : efforts de communication, d'implication, de temps doivent être consentis pour garantir la réussite. Mais faut-il pour autant s'abstenir ? "

Marie Thérèse AUTERAI, Cadre supérieur chargé de la gestion des compétences, Centre Hospitalier de Sète.

### La prise en compte des préoccupations des professionnels passe aussi par la qualité des relations entretenues avec les organisations syndicales.

Les acteurs de la négociation sont la direction et les organisations syndicales. Par leur écoute et la diffusion des informations, ils participent aux conditions propices à la confiance et à un dialogue didactique et constructif.

La stratégie du dialogue social prend en compte des tensions éventuelles et suppose une veille permettant de les déceler très en amont et de les considérer à leur juste niveau.

La réussite d'une telle démarche ne se décrète pas. On ne saurait faire l'économie de **formations sur la négociation, la médiation, la concertation** afin d'aider les acteurs à assumer sereinement cet aspect essentiel de leur fonction, qu'ils soient dirigeants, représentants syndicaux, ou cadres.

### L'amélioration du fonctionnement des instances d'expression

Le besoin d'expression des personnels hospitaliers s'est trouvé fortement accru par les mutations profondes engagées dans les hôpitaux dans les années 1980.

La loi hospitalière de 1991 crée les **conseils de service** et les **groupes d'expression directe** dont la fonction consiste à permettre l'expression des personnels, à favoriser les échanges d'informations, à développer des projets de service ou de département.

Le législateur a souhaité qu'à travers ces modes particuliers d'expression, la mise en œuvre de projets, les relations professionnelles, les conditions de travail et la qualité s'en trouvent facilitées et améliorées. Il est donc indispensable de réaffirmer leur utilité.

## L'expression du personnel

Conseil de service  
et groupe d'expression directe

Régulation, initiatives  
Interrogations, propositions

## La gestion prévisionnelle des emplois et compétences et la validation des acquis professionnels

La politique de GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences) consiste à ajuster les emplois et métiers aux besoins en identifiant les mouvements des personnels, la démographie de celui-ci par catégories et métiers, les défis technologiques, les évolutions sociales, les projets institutionnels.

La réussite de cette politique nécessite de :

- analyser l'impact des évolutions et changements sur les personnels, prévenir et alerter sur les situations d'inadaptation à l'emploi, prévenir et gérer les situations de conflits, les crises, les résistances aux changements lorsqu'elles se présentent, individualiser et personnaliser les relations avec les agents ;
- faire **évoluer les compétences** et les qualifications, définir clairement et diffuser les règles de la mobilité pour préserver l'équité au sein de l'entité juridique ;

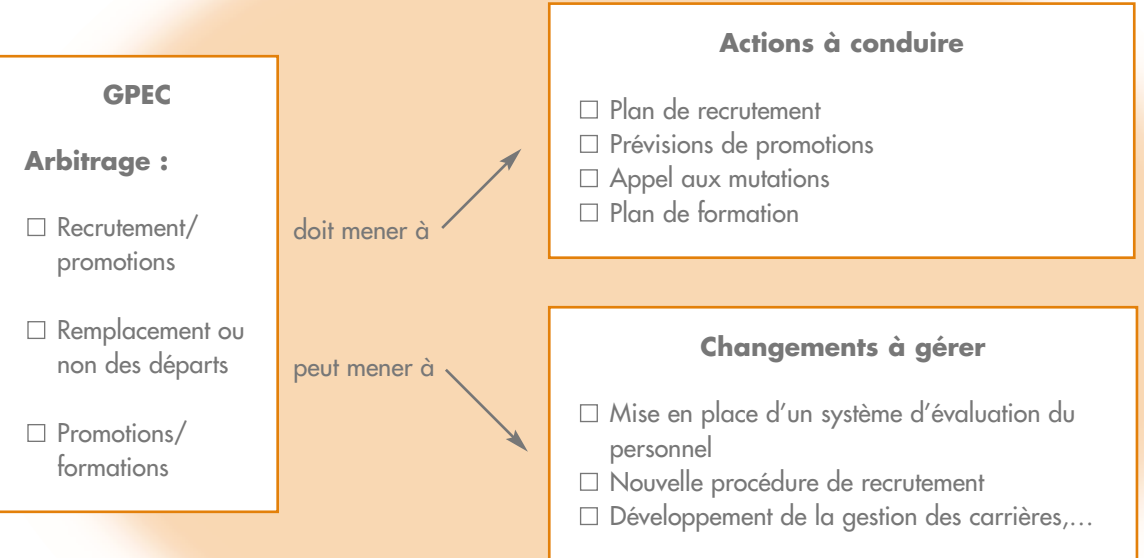
- établir des procédures d'évaluation des compétences existantes, repérer et faire émerger les talents.

L'analyse de la distribution des emplois prend en compte les évolutions prévisibles des métiers dits sensibles ou leur inadéquation progressive. Elle permet de définir les besoins et identifier la place des nouveaux métiers.

La description des postes, portée à la connaissance de tous, comportera :

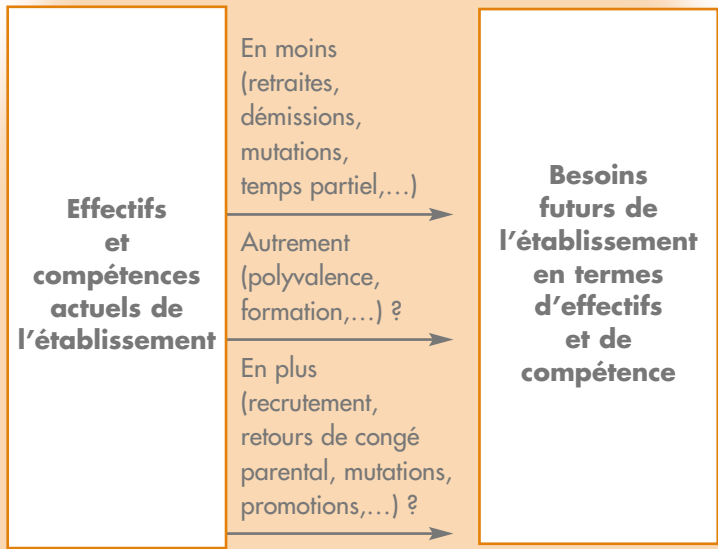
- Les missions et les attributions ;
- Les activités ;
- Les schémas de référence ;
- Les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles ;

### La GPEC doit se décliner en actions de GRH



... sinon elle est inutile

### La GPEC a pour objet de déterminer les mouvements d'effectifs et des compétences à organiser



#### GPEC

- Dois-je :**
- Recruter et/ou promouvoir ?
  - Remplacer ou non les départs en retraite ?
  - Recruter et / ou former ?
  - Redéployer en interne ou en externe ?

... dans les 3 à 5 ans à venir pour répondre aux besoins de l'établissement

Bonjour Malou,  
Comme promis vendredi, j'ai fait ma petite enquête auprès des soignants concernant la mise en place d'un gestionnaire par service, interlocuteur de la Direction des Ressources Humaines unique pour chaque service.  
Il ressort très nettement des quelques enquêtes faites que la satisfaction de la nouvelle organisation se situe plus au niveau de l'encadrement que des agents. Ces derniers avaient déjà un interlocuteur unique, leur gestionnaire. A la question posée par le cadre infirmier supérieur aux soignants du service :  
1/ " connaissez-vous Mme XYZ ? ", j'obtiens des réponses très variées /  
- c'est qui Mme XYZ ?  
- c'est la dame de la DRH dont vous voulez parler ?  
- oui, c'est la personne qui gère mon dossier à la DRH, je l'ai déjà contactée quelques fois, elle est sympa et répond généralement efficacement à mes questions.  
2/ " quelle est votre appréciation sur la mise en place d'un gestionnaire DRH unique par service ? "

- cela ne change pas grand chose pour nous, nous avons déjà un interlocuteur unique par agent, il suffisait de connaître son nom ; c'est surtout pour vous les cadres que cela est avantageux, vous vous adressez à une seule personne et n'êtes plus obligé de courir jusqu'à votre bureau pour y chercher la fameuse liste avec la répartition selon les noms patronymiques. "

Astrid ZINCK, Cadre infirmier supérieur, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg

" Depuis la mise en place de la nouvelle organisation, en matière de gestion personnalisée des ressources humaines, nous avons pu faire les constats suivants :

en matière d'encadrement, des aspect majeurs se sont fait jour :

- simplification considérable des relations avec la DRH : 1 seul interlocuteur ayant la vision globale d'un groupe de personnes ;
- gain de temps précieux car centralisation de tous les éléments liés à différents agents faisant du même groupe de personnes ;
- gain de consommables, téléphone, courriers, mails..... : une démarche unique rassemble tous les aspects à traiter ;
- lors d'un changement de gestionnaire, 80 % de l'effectif, a du fournir l'effort de se réadapter à un nouvel interlocuteur ;
- les mêmes informations données par un seul interlocuteur à un groupe de personnes évitent les mauvaises interprétations et les confusions. "

Martine HEYD, Cadre supérieur de santé stérilisation, Centre Hospitalier Régional de Strasbourg

## Réorganisation de la DRH

Afin d'améliorer les différents services de la DRH et de simplifier les démarches administratives des différents personnels du Centre Hospitalier et du public extérieur, nous avons le plaisir de vous informer que nous avons mis en place une nouvelle organisation, espérant ainsi mieux répondre à vos attentes.

La Direction des Ressources Humaines s'organise progressivement autour de pôles :

### Les Gestionnaires polyvalents

- Vous êtes ASH administratif, CES administratif ou CEC ?  
> adressez-vous à Anne-Marie DUIGOU (■ 6220)
- Vous êtes Aide-Soignant(e) Auxiliaire de Puéricultrice, C.E.S. soins ou logistiques, Emplois-Jeunes ?  
> adressez-vous à Dany QUINTIN (■ 6217)
- Vous êtes Infirmier(e) ou Puéricultrice ?  
> adressez-vous à Isabelle BOURDON (■ 6236)
- Vous êtes IADE, IBODE, Médico-technique, Personnel de rééducation, technique, Sage-Femme, Surveillant(e) ou Surveillant(e)-Chef ?  
> adressez-vous à Christine MAGUER (■ 6260)

### Les Gestionnaires spécialisés

Vous avez une question sur :

- la paie et les dossiers " retraite " ?  
> adressez-vous à Gilles BRIEC (■ 6231)
- la paie et les traitements ?  
> adressez-vous à Pierrig KERHARO (■ 6484)
- l'absentéisme spécialisé (accidents de service et de trajet, congés de longue maladie ou de longue durée) et les validations de services ?  
> adressez-vous à Marie-Noëlle MARZIN (■ 6295)
- le CGOS et la MNH ?  
> adressez-vous à Laurette MAUGER (■ 6245)
- => La Formation Continue :  
> adressez-vous à Raymond LE MAO (■ 6204) ou à Michèle LAFORGE (■ 6118)
- => La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences :  
> adressez-vous à Mme Christine LE DOUY (■ 6257)
- => Les Affaires Médicales :  
> adressez-vous à Michèle THOMAS (■ 6111) ou à Véronique LE ROY (■ 6481)

L'équipe de la DRH du Centre Hospitalier de Cornouaille

" ASH un vrai métier tel est le titre de la formation proposée aux ASH du Centre Hospitalier de Mulhouse et dont les modules représentent 18 heures de formation : présentation du métier, travail en équipe, l'A.S.H. acteur au service de l'hygiène, l'élimination des déchets et des nuisances. Au cours de cette formation, intervient également un kinésithérapeute de l'hôpital. Chaque ASH dispose du " classeur bleu ", qui regroupe les protocoles en vigueur et les savoir-faire à maîtriser. Les ASH peuvent par ailleurs bénéficier du levier des études promotionnelles pour suivre une formation d'aide-soignant ".  
Claude HAUDIER, DRH,  
Centre Hospitalier de Mulhouse

" L'évaluation, telle qu'elle est construite sur le CH, est à appréhender en terme de process, avec 5 séquences simultanées :

- 1/ Le bilan des objectifs fixés l'an précédent (sont-ils atteints ? en cours ? à reprogrammer ? pour quelles raisons ?) ;
- 2/ L'auto évaluation de la prestation réalisée par l'agent (quels points forts ? quels points à améliorer ?), et l'évaluation du cadre, exprimée en faits significatifs, par domaines de contribution ;
- 3/ Les objectifs pour l'an suivant (quelle amélioration dans son travail ? quelle prestation supplémentaire visant à améliorer l'organisation ?) ;
- 4/ La formation (quels sont les connaissances, savoir-faire, comportements à acquérir ou développer dans l'activité professionnelle, ou dans le cadre d'un projet professionnel ?) ;
- 5/ La mobilité (quel est le souhait de l'agent, quelles sont les propositions du cadre par rapport à un maintien et / ou un développement des compétences ?).

Le cadre, gestionnaire des ressources humaines de son unité, peut évaluer objectivement le personnel placé sous sa responsabilité.

Ainsi, on se rend compte que développer une politique d'évaluation au travers d'outils et de procédures appropriés permet d'apprécier les compétences, les performances et les potentiels des individus et transforme l'évaluation en un outil d'aide à la décision.

Le cadre, valorisé par une responsabilité directe, a les moyens d'assurer une remontée d'informations utiles à la gestion de la formation, de la promotion ou de l'orientation professionnelle : La gestion des ressources humaines est optimisée par le système ".

Myriam REVERSAT, Cadre infirmier supérieur filière chirurgie, Centre Hospitalier de Sète



- Les exigences en matière de qualification, de diplômes ;
- Les aptitudes physiques ;
- Les marges d'autonomie ;
- Les conditions de travail.

Le guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences établi par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins servira de support à la mise au point de cette démarche.

## L'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines

Il convient d'appréhender cette démarche de manière à envisager les perspectives de carrière de l'agent, voire à favoriser des formes de parcours professionnel négociées avec celui-ci dès le début de son entrée dans la vie professionnelle.

Elle s'appuie sur les données qui suivent :

### La valorisation des compétences et des emplois

Le bilan de compétences peut être un outil essentiel au service de l'évolution professionnelle et personnelle des agents. Par ailleurs, la fonction publique hospitalière est confrontée à une pyramide des âges vieillissante et connaît des difficultés de recrutement. Il est admis aujourd'hui que l'expérience professionnelle des personnes qui ont entre 45 et 50 ans est indispensable aux jeunes générations et que leur présence est nécessaire à l'équilibre des

équipes. A cet égard un **bilan de compétences** effectué entre 45 et 50 ans permet d'offrir à ces agents les actions de formation dont ils peuvent avoir besoin pour demeurer adaptés aux évolutions technologiques et scientifiques ainsi qu'aux concepts en sciences humaines nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Pour informer et accompagner les agents qui souhaitent faire valoir **leurs acquis et leur expérience professionnelle**, l'établissement fait connaître les dispositions figurant dans les textes législatifs à ce sujet, complétés par le Projet de loi de modernisation sociale.

### L'évolution professionnelle

Il est important de négocier avec les agents leur projet professionnel afin de les accompagner et de leur permettre d'orienter le déroulement de leur carrière. Ces projets contribuent à alimenter le plan de **formation continue**.

Les points sur lesquels portent les **entretiens avec le personnel** feront l'objet d'une procédure clairement établie, propice à l'équité, à l'objectivité, et seront portés à la connaissance de tous.

Validation des  
acquis professionnels



Bilan de compétence



Je suis rentrée en 1999 en CES au Centre Hospitalier d'Aubagne dans l'équipe Centrale de Ménage dirigée par Madame X... Nous sommes une équipe tournante. Aussi, lorsqu'il manque du personnel, nous sommes solidaires les unes des autres. Je suis passée en CEC et j'ai deux heures de plus dans mon temps de travail.

Il est très important d'aider sa collègue de travail quand elle se retrouve seule afin que les tâches quotidiennes puissent être accomplies.

Je pense que le personnel de l'hôpital remarque et reconnaît la qualité de notre travail.

Avant, les ASH avaient des fonctions d'aide-soignants. Depuis, la construction de l'Equipe Centrale de Ménage, nous exécutons uniquement des tâches ménagères.

Nous ne sommes pas assez nombreuses lorsqu'il y a du personnel manquant.

La charge de travail est assez lourde. Je pense qu'au bout de mon contrat de cinq ans, si je travaille bien, j'obtiendrai un Contrat de travail à Durée Indéterminée.

Les patients lucides affirment que l'Hôpital est beaucoup plus propre depuis la mise en place de l'Equipe Centrale de Ménage. Tout cela a apporté satisfaction et reconnaissance de la part des patients de l'Etablissement.

Je souhaiterais que notre Equipe dispose davantage de personnel afin de travailler dans des conditions optimales"

Sophie, Equipe ménage, Centre Hospitalier d'Aubagne

" Après une formation hôtelière (CAP/BEP) au lycée CHAPTAL de QUIMPER, j'ai travaillé dans un bar sans que cela ne me plaise beaucoup. J'ai donc répondu à une annonce de l'ANPE pour un emploi comme CES en Maison de Retraite. J'ai occupé ce poste en lingerie pendant six mois à la Maison de Retraite de PONT-CROIX. Ma nouvelle surveillante m'a alors proposé un poste aux étages, avec les équipes soignantes, pour les six derniers mois de mon contrat CES, cela m'a beaucoup plu.

Par la suite, j'ai eu la chance d'être appelée pour des remplacements d'ASH comme contractuelle, de jour comme de nuit, pendant près d'un an et demi au total.

Pendant cette période, la Maison de Retraite a eu le projet d'embaucher une animatrice (" assistante de vie ") sous contrat emploi jeune. J'ai donc postulé avec une dizaine d'autres candidats. Ce poste était pour moi une opportunité car, forte de mon expérience, je souhaitais rester travailler dans ce milieu, avec la possibilité de suivre une formation diplômante.

J'ai donc été retenue et je suis animatrice depuis mars 1999 à la Maison de Retraite de PONT-CROIX.

Pour mon parcours de formation, j'avais le choix entre la formation aide-soignante ou celle d'aide-médico-psychologique : j'ai choisi celle d'AMP parce qu'elle concilie mieux soins et animation. Aujourd'hui, je rentre en deuxième année de formation AMP à l'ITES de QUIMPER.

Ces deux ans de formation sont financées d'une part par le Conseil Régional pour les frais pédagogiques et d'autre part, par la Maison de Retraite pour l'intégralité de mon salaire alors que je suis absente 4 jours par mois pendant ces deux ans. Cette formation demande une très grande remise en question personnelle, parfois dure, mais tellement enrichissante. Diplômée en juin 2002, j'espère être mise en stage en tant qu'AMP, sur place, et faire fructifier mes connaissances relatives à l'animation et aux soins au profit de nos résidents. Avec l'appui de Madame LE FEVRE, le cadre infirmier, je crois fermement à la réalisation de mon projet et reste optimiste "

Marine QUINIOU, Emploi-Jeune à la maison de retraite de Pont-Croix



## L'insertion des jeunes bénéficiant de contrats aidés : CES (Contrat Emploi Solidarité), CEC (Contrat Emploi Consolidé), emplois jeunes

A ce titre, l'accord cadre national signé le 26 juin 2001 entre le gouvernement et l'ANFH (Agence Nationale de Formation des Hospitaliers) a pour but de permettre la professionnalisation des jeunes relevant du dispositif " nouveaux emplois - nouveaux services ". Il appartient aux établissements de préparer avec les jeunes leur projet professionnel, de rechercher les financements qui permettent de le réaliser et de consolider la situation des intéressés en les aidant à accéder à la fonction publique hospitalière par une formation adaptée. **L'adaptation qualitative à l'emploi et le suivi de la progression des jeunes salariés nécessitent une attention soutenue pour favoriser une insertion professionnelle durable.**

## La résorption de l'emploi précaire

L'établissement met en œuvre les mesures de résorption de l'emploi précaire en application de la loi du 3 janvier 2001 ; il évite de recréer des emplois précaires en respectant les dispositions de la loi du 9 janvier 1986.

Cette résorption s'appuie sur une démarche de GPEC qui prend en compte les perspectives d'emplois dans l'ensemble de l'établissement.

## La mobilité interne

La politique de mobilité du personnel au sein des établissements est intégrée dans le projet social. Pourtant cette démarche est parfois freinée, car elle est tantôt associée à la notion d'instabilité, plus souvent

encore, elle suscite des appréhensions légitimes liées aux changements d'activités, ou encore à la confrontation à d'autres techniques et méthodes, que l'agent qui change d'environnement devra rapidement maîtriser. Elle n'apparaît pas encore comme une attente prioritaire des personnels. De même, la perspective d'être confronté à d'autres équipes, à d'autres formes de management et d'organisation du travail, induit aussi des craintes qui peuvent rigidifier des attitudes freinant les changements de service.

En intégrant systématiquement la notion de mobilité dans une démarche plus globale de gestion des ressources humaines, prévisionnelle et prospective des emplois et compétences, les établissements proposent pour pallier les effets évoqués ci-dessus, des solutions attractives, équitables et propices aux mutations permettant :

- D'actualiser les compétences et acquérir des compétences nouvelles ;
- De faciliter les changements aux conséquences bénéfiques sur la carrière et d'ouvrir d'autres perspectives de carrière ;
- D'élargir les possibilités d'expériences dans des secteurs et services différents ;
- De favoriser l'épanouissement et la promotion professionnelle.

Plusieurs éléments (que l'on retrouve en toute logique dans les actions qui découlent du projet social) peuvent accompagner une démarche encourageant la mobilité :

- Un référentiel emplois et métiers propre à l'établissement ;
- Un tableau de bord des départs en retraite prévisibles par catégories socioprofessionnelles pour les 5 années à venir ;
- Une communication systématique à tous les niveaux de la structure, de tous les postes susceptibles d'être

vacants, assortis de leur fiche de poste ;

- La mise en place d'initiatives telles les " bourses aux emplois " ;
- L'organisation de bilans de carrière et de compétences ;
- Une procédure de sélection et de recrutement clairement établie, connue de tous, offrant des chances identiques pour chaque personne dont le profil correspond aux critères du poste offert ;
- Un plan de formation affichant dans ses règles, les possibles passerelles à de nouveaux emplois soit par le biais de la promotion professionnelle, soit par le biais de formations d'adaptation ;
- Une démarche d'accompagnement et d'évaluation de tout agent assumant un nouvel emploi dans un nouveau service.

**Les établissements gagneront à afficher dans le domaine de la mobilité une politique volontariste, dont les effets seront suivis avec une attention particulière pour prévenir notamment les situations d'inadaptation à l'emploi.**

## Gestion de fin de carrière

Un grand nombre d'agents de la fonction publique hospitalière peut partir à la retraite dès l'âge de 55 ans. Les agents qui n'ont pas cette possibilité peuvent solliciter une cessation progressive d'activité qui leur permet de travailler à mi-temps tout en conservant l'équivalent de leur rémunération à hauteur de 80%. La poursuite d'une carrière harmonieuse pour les intéressés et utile pour l'institution, nécessite de mettre en place un suivi attentif de ces agents tant sur le plan professionnel que médical et de leur confier les tâches, les fonctions, les missions qui conviennent à leurs aptitudes et aspirations.

## La formation-action à l'analyse des situations de travail

" Afin d'identifier les pistes d'amélioration de conditions et relations de travail dans leur ensemble, nous avons choisi d'impliquer différentes catégories professionnelles de l'Établissement dans une démarche de Formation-Action à l'analyse des situations de travail en partenariat avec l'ANACT. Celle-ci a permis :

- de déterminer des objectifs à court terme, permettant d'apporter une solution immédiate aux problèmes posés ;
- de décloisonner des services, des catégories professionnelles grâce à un travail impliquant des logiques techniques, médicales, administratives et soignantes dans une réflexion collective ;
- de proposer des actions à moyen et long terme impliquant des moyens en matériel, en formation, des études plus fines sur les systèmes qui régissent certains aspects de l'organisation actuelle.

Un comité de suivi a été constitué avec les membres du CHSCT, élargi aux membres de l'équipe de direction, de la direction du service de soins infirmiers, techniciens, médecin du travail. Les instances décisionnelles et consultatives : les Cadres Infirmiers ont été informés et consultés pour toutes les étapes du projet (CA - CME - CTE - CHSCT - CSSI).

Une phase active d'information à destination des personnels a été suivie d'un appel à candidature pour participer à la formation-action et trouver des services volontaires - lieux d'études -. Sur une centaine de candidatures, 14 personnes tirées au sort dans les différentes catégories professionnelles ont été retenues (cf. Annexe 2). Sept binômes ont été constitués ; ceux-ci ne pouvant intervenir sur leur lieu d'exercice habituel.

Des services volontaires se sont proposés comme terrain d'étude. Ces personnes ont bénéficié d'apports de connaissances et de savoir-faire en matière d'analyse des conditions de travail, de la communication : sociologie, ergonomie, réglementation du travail, méthodologie d'enquête, conduite d'entretien, arbre des causes (méthode initiée par l'ANACT). Le résultat des travaux a permis de valider un plan pluriannuel d'amélioration des conditions de travail. "

Béatrice BERMAN, DRH, Centre Hospitalier Dieppe

Déroulement de la formation- action			
PHASE	ETAPES	OBJECTIFS	
1	Janvier	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déterminer les problèmes et les services qui feront l'objet d'investigations</li> <li>■ Déterminer la stratégie d'investigation</li> <li>■ Acquérir des bases de connaissance sur le travail et son analyse</li> </ul>	Tr ■ ■
2	Février	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recueillir les données issues du terrain permettant l'analyse des problèmes retenus</li> </ul>	Tr O ■ ■ ■
3	Mars	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exploiter et analyser le matériau recueilli</li> <li>■ Construire des propositions de solutions ou de démarche pour approfondir les questions</li> </ul>	Tr a ■ ■
4	Avril	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formaliser un plan d'action</li> <li>■ Présenter les résultats au CHSCT</li> </ul>	Tr ■ ■ ■ ■

Centre hospitalier de Dieppe

## tion sur l'analyse des situations de travail

NATURE DU TRAVAIL ET ACTEURS CONCERNES	TYPE D'OUTILS UTILISES
<p><b>Travail collectif au sein du groupe :</b> Recueil des données existantes sur l'hôpital, ses projets et les conditions de travail</p> <p>Expression et confrontation des représentations des problèmes au sein du groupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide-mémoire sur les conditions de travail</li> <li>■ Enquête sur les conditions de travail</li> <li>■ Apports de connaissances</li> </ul>
<p><b>Travail sur le terrain en binôme :</b> Observation du travail Entretiens avec les acteurs</p> <p>Recueil de données</p> <p>Soutien méthodologique de l'animateur (avec chaque binôme ou en collectif)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grilles d'observations du travail</li> <li>■ Guides d'entretiens</li> <li>■ Questionnaires</li> <li>■ Tableaux de recueil de données</li> </ul>
<p><b>Travail collectif au sein du groupe :</b> Analyse des travaux de chaque binôme Sur le terrain, restitution des analyses aux acteurs impliqués (médecins, encadrement, personnel)</p> <p>Ecriture par les binômes d'un rapport de synthèse</p>	<p><b>Outils d'analyse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Méthode de l'arbre des causes</li> <li>■ Schémas des causes de dysfonctionnement</li> <li>■ Grille de dépouillement d'entretien</li> <li>■ Analyse de contenu</li> </ul>
<p><b>Travail collectif au sein du groupe :</b> Sélection et hiérarchisation des propositions</p> <p>Mise en forme</p> <p>Préparation des exposés oraux</p> <p>Séance de travail au CHSCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tableaux de bord</li> <li>■ Supports de présentation orale (transparents, photos...)</li> <li>■ Rapports écrits</li> </ul>

## La qualité et amélioration des conditions de vie au travail

La qualité de vie au travail résulte de l'ensemble des conditions et du contexte de l'exercice professionnel.

Les enquêtes de satisfaction, les enquêtes d'opinion, les groupes de concertation, l'audit social, contribuent à **analyser les situations de travail** pour améliorer les conditions de travail en tenant compte des aspirations des agents.

L'évaluation des actions entreprises permet d'envisager les nécessaires réajustements ou adaptations aux situations nouvelles.

L'évolution des conditions d'emploi consécutives aux exigences accrues en termes de responsabilité et de qualité du service rendu, ainsi que le vieillissement du personnel hospitalier sont des facteurs à prendre en compte dans les actions de prévention.

Cette politique se traduit par trois objectifs :

- développer le dialogue social permettant d'associer l'ensemble des personnels concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions visant à transformer leur situation de travail ;
- généraliser l'analyse des composantes d'une situation de travail ; (organisation et contenu du travail, temps de travail, conditions de travail, qualifications et leur évolution, formation, gestion prévisionnelle des emplois et des qualifications) ;
- prévenir des atteintes à la santé des personnels au travail.

Une approche globale de l'ensemble des risques par une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire permet de proposer des actions coordonnées et adaptées à la





Les entretiens que j'ai eus avec le psychologue me permettent de dédramatiser les conflits que je vis au sein de mon équipe et de prendre conscience de ma part inconsciente de responsabilité dans ce conflit avec mes collègues... " Sylvie, infirmière.

" Parler avec un professionnel de l'écoute qui ne vous juge pas m'a permis de commencer un travail de distanciation par rapport au décès de Madame X que j'avais très mal vécu car elle avait des enfants du même âge que les miens... " Florence, aide soignante.

" L'intervention du psychologue m'a permis de réagir de manière plus adaptée à ce que je croyais être des agressions de la part de mes supérieurs et des médecins... " Hélène, secrétaire.

Centre Hospitalier de Quimper, Cornouailles

" Dans le cadre d'un Contrat d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), l'établissement a opéré par voie de convention un rapprochement avec une association locale voisine ayant le caractère de Société d'Economie Solidaire (SEL).

L'établissement contribue par subvention au fonctionnement de l'association, qui réside en ville.

les objectifs du rapprochement sont de deux ordres :

- permettre à la SEL d'appuyer son action sur les étudiants en soins infirmiers inscrits à l'IFSI de l'établissement, ce qui apporte à ceux-ci des appoints de revenus ;
- étendre en contrepartie le champ et la quantité des prestations à caractère social ou domestique (nursing, prestations de ménage, etc.) offertes par la SEL, au bénéfice notamment d'agents de l'établissement. "

Centre Hospitalier de Laon

" La mise en place d'un système de parrainage des nouveaux arrivants, a consisté à mettre en place un groupe de travail dont les missions comportent :

- L'organisation d'un système de parrainage pour chaque agent recruté au Centre Hospitalier de Saint-Quentin afin de favoriser son intégration par un accompagnant individuel au sein de son service d'affectation, le jour de sa prise de fonction et de pouvoir s'adresser à lui en tant que besoin ;
- La définition du rôle et des missions du parrain ;
- La constitution d'un groupe de parrains ;
- L'organisation d'une formation pour les parrains ;
- L'organisation pour systématiser le parrainage pour tout nouvel arrivant ;
- L'évaluation du système de parrainage ;
- La rédaction d'une charte d'accueil du nouvel arrivant. "

J.Y. JALLU, Directeur, Centre Hospitalier de Saint Quentin

complexité des situations de travail conduisant à améliorer durablement **les conditions de travail, et constitue une composante essentielle du projet social.**

### La politique d'accueil et d'intégration des agents nouvellement recrutés et des étudiants en stage

La Direction définit une politique d'accueil et d'intégration. Le supérieur hiérarchique direct est l'interlocuteur privilégié du **nouvel agent**. La définition de démarches pédagogiques et l'évaluation de l'intégration font l'objet d'un protocole formalisé. A partir d'un tronc commun défini pour l'ensemble de l'institution, un cahier des charges minimal permet d'assurer à toutes les catégories socioprofessionnelles les mêmes informations de base.

**L'organisation de journées d'accueil** pour l'ensemble des personnels nouvellement intégrés implique l'ensemble de l'équipe de direction, les chefs de service et l'encadrement représentant tous les secteurs de l'hôpital. La fréquence de cette manifestation est à déterminer en fonction de l'importance des recrutements. La démarche initiée localement dans les services est systématisée pour tout nouvel arrivant et contribue à prévenir les difficultés potentielles d'adaptation.

**Les livrets d'accueil** des services font apparaître de manière explicite les principales caractéristiques de l'organisation des soins ou des prestations, ainsi que la dynamique de la démarche qualité. Ils comportent tous les aspects pratiques concernant l'environnement externe de l'établissement (par exemple les transports), ainsi que les " services " mis à disposition des agents en interne (œuvres sociales, crèche etc.).

**Les organigrammes hiérarchiques et fonctionnels permettent à l'agent de repérer sa position dans la structure et de comprendre les circuits des décisions.**

Il convient de définir des modalités d'encadrement, de professionnalisation et d'intégration des étudiants. En effet, l'accueil, l'intégration et les modes d'évaluation de ceux-ci, élèves ou stagiaires, font l'objet d'un projet spécifique d'accueil et d'encadrement. Ces projets sont élaborés avec les enseignants des institutions, écoles ou centres de formation dont dépendent ces personnes.

De même, il est recommandé de porter à la connaissance de chacun les définitions de fonctions et le contenu des missions des agents des équipes dans lesquels ils sont affectés.

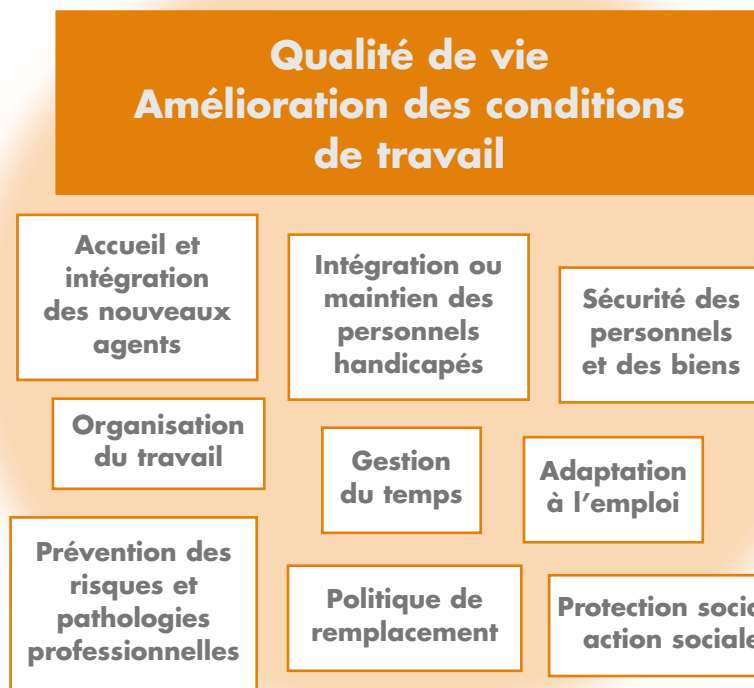
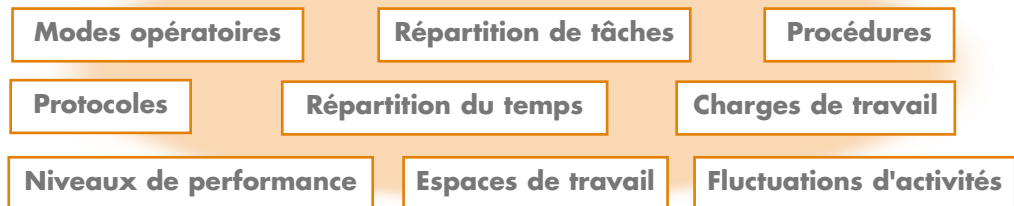
Cette démarche peut être complétée par des modes d'accès simplifiés pour l'ensemble des personnels à toutes les informations concernant leurs droits et leurs devoirs.

Néanmoins, l'agent a toujours la possibilité de solliciter un entretien avec son référent au sein de l'équipe de direction.

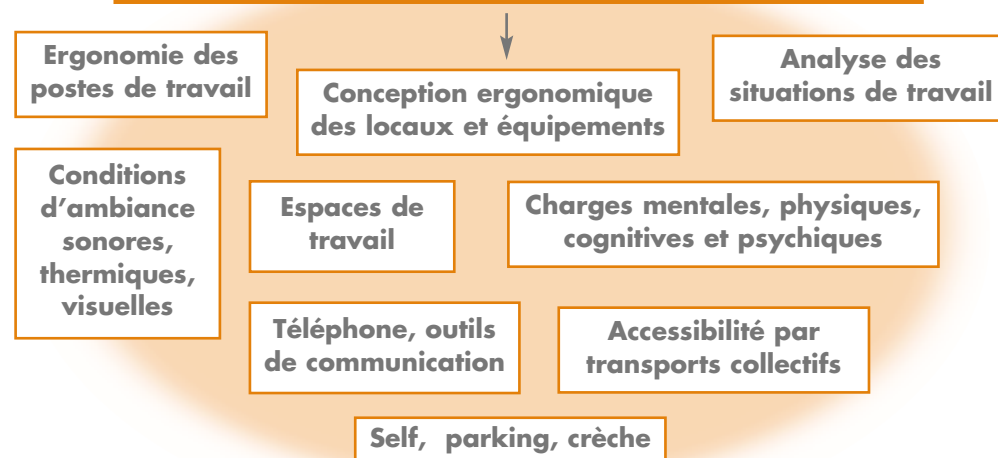
### L'organisation du travail

Elle est souvent déterminante pour la qualité de vie au travail. Elle s'analyse à partir de la répartition des postes et des tâches, de la charge de travail, des fluctuations d'activités. Elle est considérée aussi sous l'angle du management, des moyens matériels mis à la disposition des agents, des circuits, de l'ergonomie, des risques professionnels, des délais de réactivité et de l'organisation du temps de travail.

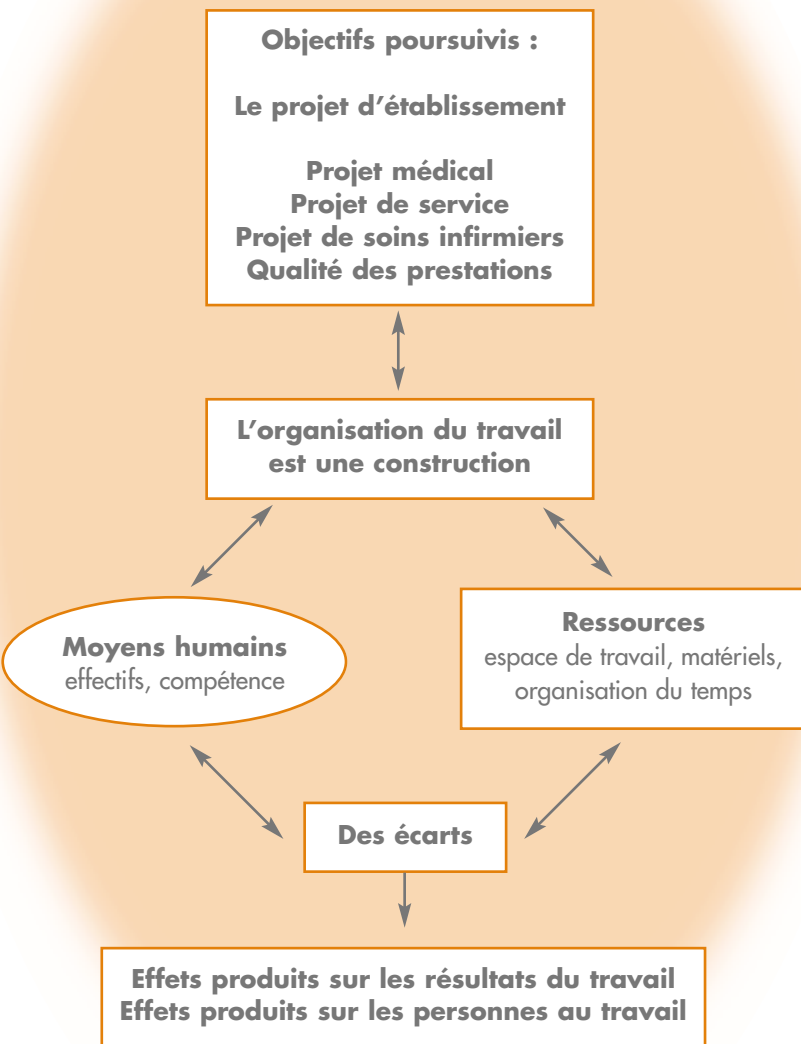
### Composantes de l'organisation du travail



### Amélioration des conditions de travail



## Finalités de l'organisation du travail



Classeurs d'aide pédagogique sur la réduction du temps de travail - ANFH ANACT Ministère de l'Emploi et de la Solidarité



Dans les coulisses de l'hôpital, certains bruits courent :

il y aurait " de la violence et de l'agressivité " ?...

Côté cour, on dit que c'est normal, que ça fait partie du métier...

Côté jardin, on dit que ça fait mal et qu'on ne peut en parler. Alors, Acteur ou Spectateur ?

On le vit et on le subit, mais est-ce qu'on l'induit ? Les rôles ne sont jamais définis.

Quoiqu'il en soit, on est tous sur la même scène. Les décors sont en place.

On met son costume. Les scénarios se répètent, les scènes à risques aussi.

L'entracte n'a toujours pas eu lieu. Mais quand tout est terminé et que le rideau se ferme, chacun regagne sa loge...

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, les trois coups vont retentir ! ! !

Envoyez la musique...

Et c'est ainsi qu'au centre hospitalier de Blois, nous avons joué la violence.

Le groupe avec les conseils de professionnels s'est entièrement pris en charge (recueil de scénarios, mise en scène, décor...). Le théâtre est devenu le miroir de notre réalité. Spectacle éphémère n'ayant que pour seul but de provoquer le débat. "

Christine PELET, Responsable de l'équipe des secrétaires médicales, Centre hospitalier de Blois

" la direction du service de soins infirmiers du CH de Dieppe crée un service central de brancardage et d'intervention rapide en cas de sinistre ou d'agression. L'équipe constituée d'aide soignants est chargée :

- d'assurer la coordination des actes de brancardage et de manutention au sein de l'établissement, mais aussi d'assurer la protection du personnel et des malades en cas de sinistre ou agression. Pour assurer ces missions, les brancardiers ont reçu les formations suivantes :

- Diplôme de manutention ;
- Diplôme de secouriste ;
- Diplôme d'aide soignants ;
- Formation au secret professionnel, à la gestion du stress du soignant, à la communication, à la sécurité incendie, et à la gestion de l'agression.

Dans le cadre du plan directeur des travaux, les locaux du service central de brancardage ont été centralisés pour diminuer les temps d'intervention. Des " stages " entre les services de soins et le service central de brancardage ont été organisés pour que chacun comprenne et accède à la logique de " l'autre " et ainsi se complètent autour du malade, ou encore en cas de sinistre, tel un incendie se coordonnent.

La protection du personnel et des patients en assistant les équipes en cas d'agression ou de sinistre dans l'établissement est mise en œuvre dans les cinq minutes qui suivent le signalement.

En particulier, le personnel de psychiatrie se trouve rassuré, car il était victime d'agressions auxquelles il devait faire face seul avec parfois de graves conséquences physiques.

Beaucoup d'hôpitaux s'inspirent de notre système et le reproduisent après observation car il s'avère efficace. De plus, les brancardiers se sentent valorisés en assumant ce rôle de " protection " à l'égard de leurs collègues ".

Serge NORMAND, Coordinateur du service central de brancardage, Centre hospitalier de Dieppe

Témoignages

" Afin de permettre le remplacement d'agents absents par du personnel qualifié et formé aux procédures et techniques utilisées dans l'établissement, un service de suppléance a été constitué au CH de Dieppe à partir de 1993.

#### Sur les secteurs de court et de moyen séjour :

- En 1993, stagiairisation des agents de remplacement pour régularisation ;
- Création du pool à partir de cette date (3 IDE, 3,6 AS, 10 ASH). Ce pool a été renforcé à l'occasion de la mise en place des 35 heures de nuit ;
- En 2000, 7 postes sont affectés suite aux mesures Aubry : 3 IDE, 1 AS, 1 kinésithérapeute, 2 secrétaires médicales.

#### Sur le long séjour :

- Création d'un pool à partir d'emplois existants et mobilisation de crédits de remplacement. Les clés du fonctionnement reposent sur :
  - Les IDE, AS et ASH nouvellement recrutés sont positionnés sur le pool et affectés au remplacement d'agents en promotion professionnelle, congé maternité, congé de longue maladie) ;
  - Les secrétaires médicales assurent tous types de remplacements : longs et brefs ;
  - Le Kinésithérapeute assure le remplacement de congés divers et remplacement en cas de surcroît d'activité ;
- Sur le secteur du Long Séjour : un pool constitué de 5 ASHQ et d'un AS est affecté au remplacement des congés maternités et des congés annuels " ;
- Sur le secteur du Long Séjour : un pool constitué de 5 ASHQ et d'un AS est affecté au remplacement des congés maternités et des congés annuels ".

Alain LOSCHI, DSSI, Centre Hospitalier de DIEPPE

**La démarche** qui consiste à revoir les systèmes régissant **l'organisation du travail** dans l'établissement permet aussi d'examiner et d'adapter la répartition de l'organisation du temps de travail.

#### La gestion du temps de travail

L'organisation du temps de travail des salariés est un enjeu important pour l'évolution des conditions de travail des agents et pour la modernisation sociale des hôpitaux.

L'analyse de la gestion du temps de travail permettra d'aborder les attentes du personnel en la matière, d'avoir une meilleure visibilité des phénomènes conditionnant absences et présences au travail, d'étudier les profils et fluctuations d'activité.

**Des chartes de fonctionnement de la gestion des plannings permettront d'impliquer les personnels dans l'élaboration de ceux-ci.**

Dans ce contexte, la promotion du temps partiel peut compléter la démarche.

#### La politique de remplacement du personnel

L'étude approfondie de **l'analyse des causes de l'absentéisme** permet d'identifier les moyens visant à y remédier pour une part. La constitution d'un pool de remplacement est, par exemple, un des instruments de la politique d'amélioration des conditions de travail dans la mesure où son organisation permet d'assurer les missions dans la continuité, tout en assurant généralement le respect des plannings prévisionnels.

#### La sécurité des personnels et des biens

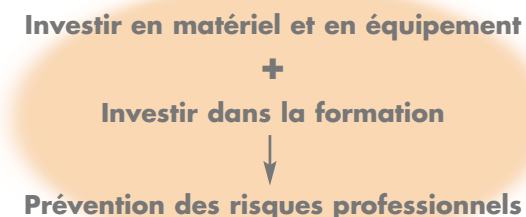
Il convient de réaliser un diagnostic sur les phénomènes de **violence**, leur teneur et leur fréquence, en analysant ses différentes formes (verbale, physique, harcèlement moral).

Parallèlement, des formations adaptées à la prise en charge des événements ou catastrophes de type incendie, inondations, pourront être mises en place.

**Des équipes ou agents peuvent être spécifiquement préparés à assumer des situations difficiles afin d'intervenir dans des délais très courts pour assister leurs collègues en difficulté.**

#### L'adaptation au poste de travail

La démarche de **prévention des pathologies liées à l'exercice professionnel** est à mettre en œuvre avec les cadres, le médecin du travail, les psychologues, l'assistante sociale afin de faire évoluer les situations pour adapter la personne à un poste. L'identification ou l'adaptation de certains postes est un des axes majeurs de cette démarche et consiste à **éviter, prévenir ou retarder les situations d'inaptitude professionnelle.**



A l'initiative du CHSCT, un groupe d'analyse et de prévention des accidents du travail et des A.E.S, composé du médecin représentant la CME au CHSCT, du médecin et de l'infirmière du travail, de représentants du personnel, du responsable de la gestion des risques et de la DRH se réunit tous les trimestres. A partir des enquêtes menées par le médecin et l'infirmière du travail avec les agents victimes sur les conditions et circonstances de survenue des accidents, le groupe d'analyse et de prévention propose au CHSCT (ou en cas d'urgence au responsable concerné) les mesures de prévention susceptibles d'éviter la récurrence de tels accidents.

Menée depuis maintenant trois ans, l'analyse des causes et circonstances de ces accidents a permis de dégager plusieurs mesures prioritaires : un programme de formation systématique des agents aux techniques de manutention a été développé associé à un programme pluriannuel d'achats d'équipements ergonomiques ; des mesures de prévention des accidents par glissades ont été adoptées, avec en particulier un protocole de nettoyage des sols en collaboration avec la société de nettoyage prestataire de service.

Un contrôle régulier des ambiances thermiques et toxiques est désormais pratiqué.

L'ensemble de ces mesures a contribué à la réduction du taux de fréquence et de gravité des accidents du travail.

Le deuxième volet de la démarche a concerné la prévention des AES par la formation et l'information des personnels sur les techniques d'élimination primaire des dispositifs médicaux utilisés. Ainsi, le nombre des AES pour les personnels non médicaux est passé de 54 en 1996 à 29 en 2000.

Docteur Arbia, Médecin du travail,  
Centre Hospitalier de Dieppe

## La démarche ergonomique

" L'aménagement d'un poste informatique pour handicapé sensoriel ne relève pas uniquement d'une adaptation technique. Souvent, il s'agit de conduire cette opération comme un véritable projet. Son origine peut avoir plusieurs provenances.

Cependant, pour que le projet ne soit pas uniquement porté par l'encadrement, l'implication de l'équipe, qui doit recevoir l'handicapé, est indispensable. En effet, les logiques sur la question du handicap doivent être mises en débat, se confronter. L'espace de discussion, peut-être créé lors de ce projet, doit ouvrir sur la modification des représentations, la dissipation des craintes. Cette dynamique permettra que l'ensemble du collectif accueille le (la) collègue " différent(e) " en s'étant approprié le projet. D'autant que ce recrutement risque d'engendrer aussi quelques modifications d'ordre organisationnel, spatial, ... "

André Gatto, ergonome. M.Gouband, Président de l'Union nationale des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs handicapés visuels

## La prévention des pathologies et risques professionnels

La prévention du risque professionnel et ses pathologies et la promotion de la médecine du travail feront l'objet d'actions ciblées et évaluables.

La stagnation de la fréquence des accidents du travail, l'augmentation des longues maladies, des maladies de longue durée, des troubles musculo squelettiques et la meilleure connaissance des maladies à longue latence en milieu hospitalier, montrent, malgré les efforts déjà réalisés, que les conditions de travail sont insuffisamment maîtrisées.

**La santé et la sécurité du personnel hospitalier demeurent une priorité**, aussi la démarche de prévention collective et concertée des risques professionnels se fonde sur les principes généraux de prévention précisés par la Directive européenne n° 89-391 du 12 juin 1989 et par la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 (code du travail).

- L'évaluation du risque est l'étape préalable à l'élaboration des actions de prévention. Elle s'appuie sur l'analyse des données objectives de toutes les contraintes inhérentes à une situation de travail : contraintes organisationnelles, temporelles, risques physiques, chimiques, biologiques... en intégrant les données sur l'état des relations de travail, la qualification et la formation du personnel et le ressenti de celui-ci sur ses conditions de travail.
- Les facteurs de risques une fois identifiés, le ou les groupes de travail proposeront à la concertation leur stratégie de prévention pour transformer la situation de travail et maîtriser le risque.

## L'intégration des personnels handicapés

L'insertion ou le maintien en milieu ordinaire de travail des personnes en situation passagère ou définitive de handicap requiert au préalable de connaître la législation relative à la protection sociale des agents fonctionnaires ou contractuels ainsi que les besoins en compétences de l'institution.

Le maintien dans l'emploi implique d'agir avant la décision d'invalidité au poste de travail. Ceci suppose qu'un réseau de **détection précoce de situations de handicap** soit mis en place dans l'établissement. Le réseau comprend notamment parmi ses membres le chef d'établissement ou son représentant, le médecin du travail, le ou les représentants du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), l'assistant(e) social(e) et le psychologue.

Les propositions d'actions pour l'intégration du handicapé portent sur l'intégralité de son activité et comprennent :

- La construction du projet professionnel de la personne en situation de handicap, compte tenu de ses compétences et des qualifications recherchées par l'établissement ;
- L'adaptation des postes de travail ;
- La prévention des risques professionnels ;
- La formation ; ce n'est pas tant le handicap en soi qui est un frein au maintien dans l'emploi mais le déficit de compétences exigées par un changement de poste de travail ;
- Le suivi et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

La sensibilisation des personnels hospitaliers sur le fait qu'un agent handicapé est un professionnel qui contribue, lui aussi, au fonctionnement de l'hôpital.

## La prévention des conduites addictives chez le personnel

La prévention primaire des conduites addictives (alcool, tabac, toxiques...) repose sur un certain nombre de démarches :

- Inscrire des actions d'information dans la durée ;
- Rapprocher la communication de la réalité locale ;
- Prendre en compte le respect des individus en s'appuyant sur la connaissance et la responsabilisation et non sur la contrainte ;
- Travailler sur les causes et les ressorts du comportement plutôt que sur les conséquences.

L'évolution de la santé au travail est prise en compte dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

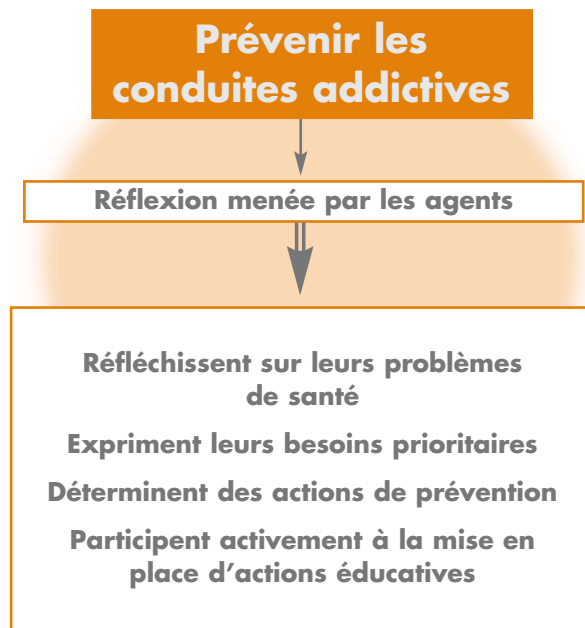
## L'action sociale

Dans le cadre de leur politique sociale, il est utile que les établissements aident à la diffusion d'informations relatives aux appuis ou aides auxquels les agents peuvent prétendre dans le domaine de l'assistance sociale.

En effet, les établissements peuvent contribuer à conseiller, orienter ou accompagner dans leurs démarches les personnels en difficulté psychologique, financière, en :

- Organisant des permanences avec un(e) assistant(e) social(e), ou selon la taille de l'établissement, en structurant un service social ;

- Associant au livret d'accueil du personnel un guide recensant les informations concernant les structures sociales et les associations de la ville où se situe l'établissement ;
- Favorisant les relations de l'équipe de la DRH (Direction des Ressources Humaines) avec les organismes et partenaires sociaux de la ville ou assistant(e) social(e) de secteur, pour lui permettre d'orienter les agents en fonction de leurs demandes ;
- Organisant des communications ou permanences avec les caisses d'allocations familiales, les caisses régionales d'assurance maladie, ou associations œuvrant dans différents domaines du champ social : aide aux alcooliques, aux drogués, aux femmes battues, prévention de la maltraitance chez les enfants ou chez les personnes âgées, etc.



## L'organisation de la prévention des risques professionnels

### L'EMPLOYEUR

- Application des dispositions légales sur la sécurité du travail
- Evaluation des risques professionnels
- Adoption des mesures correctives / préventives
- Etablissement d'un règlement intérieur
- Définition du programmes de formation à la sécurité

### LES SALARIES

- Formation à la sécurité au travail, générale ou spécifique
- Suivi médical
- Expression directe et collectives sur les conditions de travail
- Alerte et retrait en cas de situation dangereuse

### PREVENTION SECURITE CONDITIONS DE TRAVAIL

### LES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL

- Contrôle de l'aptitude des salariés à leur poste de travail
- Contrôle de la conformité des conditions de travail avec les règles d'hygiène et de sécurité

### LES INSTITUTIONS REPRESENTATIVES DU PERSONNEL (CHSCT)

- Contrôle de l'application des règles relatives à la protection des salariés
- Analyse des risques professionnels et des conditions de travail
- Formulation de propositions
- Formations spécifiques
- Alerte et retrait en cas de danger grave et imminent

Guide sur le handicap dans la fonction publique hospitalière  
ANFH – Tous droits réservés.

L'institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) propose et organise depuis 1996 une formation d'adaptation à l'emploi destinée aux infirmiers et aux aides-soignants en arrêt d'activité depuis au moins 3 ans et souhaitant reprendre une activité professionnelle. Cette action de formation s'inscrit dans le projet social du projet de l'établissement des HUS(1996-2002).

Avant de suivre cette formation, ces professionnels se présentent au bureau de recrutement des HUS en vue de faire part de leur projet.

La formation a une durée de 4 semaines.

Chaque semaine est organisée sur le même principe :

- 4 jours en stage hospitalier, médecine ou chirurgie, pour un développement de capacités professionnelles ;
- suivis d'un jour à l'IFSI pour une réactualisation des connaissances et un temps d'échanges autour de leurs questions et préoccupations.

La dynamique de cette formation est basée sur la participation active des personnes en formation et s'appuie sur leurs expériences antérieures et leurs capacités acquises dans leur vie professionnelle.

Nous constatons, après 5 années d'expérience que, pour la plupart des personnes en formation, l'arrêt d'activité est bien supérieur à 3 ans ; nous estimons une moyenne de 10 ans.

L'arrêt d'activité correspond au besoin de se consacrer à l'éducation des enfants. Le motif de reprise de l'activité peut être lié à celle-ci, mais peut aussi être en lien avec une situation familiale et/ou sociale qui lui réclame de reprendre son activité.

Par ailleurs, de par notre expérience de cette formation, nous souhaitons insister sur l'importance de respecter certains principes comme :

- conduire un entretien individuel avant la formation avec remise du projet écrit de formation, pour permettre à la personne de s'en imprégner ;
- regrouper plusieurs personnes sur une même session.  
Le groupe permet la rencontre de personnes dans une situation identique.  
Les échanges rassurent les personnes, dédramatisent la reprise de l'activité.
- remettre des documents pédagogiques, donner l'accès au centre de documentation infirmier. Les personnes témoignent que ces moyens mis à disposition libèrent du temps pour l'échange et le questionnement. Ainsi elles réintègrent plus aisément le processus de professionnalisation ;
- confier cette activité à des formateurs expérimentés qui sont en mesure d'apporter des réponses aux multiples demandes des personnes en formation, pendant toute la durée du stage voire au delà,
- collaborer avec un nombre défini de services hospitaliers.  
Ces services ont alors une bonne connaissance du projet de formation, du profil des personnes en formation. De ce fait, ils proposent un encadrement personnalisé ;
- réserver le dernier jour de la semaine à la journée de présence à l'IFSI, principe qui est apprécié par les personnes en formation, notifié dans les bilans individuels de fin de formation. Le stage les remet en situation de professionnels et fait émerger un questionnement. Cette journée clôture la semaine de stage, donc les personnes en formation ont l'opportunité de partager " à chaud " le vécu de stage, d'envisager concrètement la reprise d'activités ultérieure et d'évoquer les conséquences pour elles.

Une infirmière ayant bénéficié récemment de cette formation a bien voulu apporter son témoignage :

" J'avais arrêté mon activité pour élever mes enfants, jeunes à l'époque.

Cette profession essentiellement féminine, est assez pénible : horaires, conditions de travail...

Il me semble que, la personne souhaitant reprendre son activité, la reprendra

- si elle peut exercer dans une discipline médicale qui lui convient,

- si elle a un aménagement des horaires de travail...

Pendant le stage, on se sent " évaluée sur la possibilité de retravailler ".

Il est important d'avoir un référent qui s'implique, car le terrain de stage est la réalité du monde du travail. Il a évolué et a changé. Il est essentiel pour moi de ne pas être considérée comme une remplaçante. Le service où j'étais en stage a mis des moyens : du temps, un référent... je me suis sentie reconnue...

Le temps passé à l'IFSI a été un temps d'échange avec des personnes dans la même situation que moi... je me suis sentie mise en confiance... "

P. GROFF, Directrice, Institut de Formation en Soins Infirmier.

G. FERRUS, Cadre Infirmier Supérieur, Directeur adjoint ; Institut de Formation en Soins Infirmier.

Par ailleurs, les fonctionnaires hospitaliers disposent de comités d'œuvres sociales et de mutuelles. Il est souhaitable de favoriser leur présence au sein des directions des ressources humaines, dans la mesure où ils offrent aux adhérents des prestations tant dans le domaine des loisirs, de la culture, que dans celui de la vie pratique quotidienne, ou encore à l'occasion d'évènements familiaux (adoption, maladie, décès, mariage, naissance)

### La prise en charge personnalisée de la protection sociale

Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient d'un régime spécial dont la couverture sociale en cas de survenue d'une maladie, d'un accident, est assurée par l'hôpital employeur qui joue le rôle de sécurité sociale à l'égard des agents titulaires et stagiaires. Malgré cette disposition propice à sécuriser le personnel, **la protection sociale est un domaine qui mérite d'être reconsidéré et pris en charge à part entière par la direction des ressources humaines.**

L'élaboration du projet social peut être l'occasion de préciser les missions de la DRH dans le champ de l'action sociale et d'identifier les partenariats et contributions possibles dans ce domaine.

En effet, les conséquences physiques, affectives et psychologiques liées à certaines maladies sont à prendre en compte avec autant d'attention que les conséquences économiques et les charges administratives qu'elles induisent.

**Pour cela, les agents de la DRH en charge de ces questions s'attachent à acquérir des connaissances pointues dans le domaine particulièrement complexe des dispositions et droits relatifs à la protection sociale des personnels hospitaliers afin de disposer d'une expertise permettant de les guider et les accompagner de manière personnalisée et adaptée.**

## Prise en charge personnalisée de la protection sociale

DRH ↔ MEDECIN DU TRAVAIL ↔ ASSISTANT SOCIAL

Médecin agréé  
Comité médical  
Comité médical supérieur  
Commission départementale de réforme

Congés de maladie  
Inaptitude au travail  
Invalidité reclassement  
Mise à la retraite d'office  
Mise en disponibilité pour raison de santé  
Congé maternité

Les aides financières

Les indemnisations

Mi-temps thérapeutique  
Réinsertion professionnelle  
Poste aménagé Poste adapté

Ces formations peuvent être utilement complétées par des modules portant plus spécifiquement sur les relations humaines, l'accueil et la prise en charge individuelle des agents dont la reprise de l'exercice professionnel peut être compromise à moyen ou long terme du fait d'une pathologie grave.

En amont, la DRH propose des programmes de prévention et de prise en charge des risques professionnels qui sont étroitement liés à ceux engagés dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail.

### La formation initiale et continue

**La politique de formation a vocation à s'intéresser à l'ensemble des acteurs hospitaliers, quel que soit leur statut. Elle constitue une composante essentielle du projet social et du volet social du contrat d'objectifs et de moyens.**

Une politique globale et cohérente est à définir afin de maintenir la qualité des prestations servies aux usagers par l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. Elle favorise le décloisonnement entre les différents professionnels hospitaliers et facilite le travail en complémentarité. Elle peut permettre à chaque acteur de trouver une place qui lui conviennent et de s'y épanouir au mieux de ses compétences et de son efficacité.

Le décret du 5 avril 1990 pose les bases réglementaires de l'élaboration du plan de formation des fonctionnaires hospitaliers. Ce plan définit notamment la politique de promotion interne (le bon niveau entre recrutement externe et promotion interne) en relation avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (source d'informations précieuses tant en terme de compétences requises que d'évolution). La valorisation de tous les métiers exercés à l'hôpital est essentielle, en particulier les moins qualifiés, la qualité des prestations dépendant étroitement de la compétence et de la reconnaissance mutuelle de chacun.



**Madame M. travaille comme secrétaire médicale depuis 20 ans dans un service de spécialité médicale. Elle a acquis une expérience importante, des capacités relationnelles, une compréhension des enjeux économiques et médicaux. Elle souhaite se reconverter professionnellement. Elle s'adresse à la cellule " accueil-orientation " du Département Compétences et Qualification de la DRH.**

**Dans ce cadre elle est amenée à cerner davantage ses compétences acquises et à clarifier son projet. Elle voudrait encadrer des professionnels, maîtriser un ensemble d'activités.**

**Elle a un bac, et une motivation forte pour diriger. Après réflexions et conseils, elle décide d'aller le plus loin possible jusqu'au concours d'entrée à la formation de Directeur d'hôpital de l'ENSP. Elle demande à se renseigner auprès d'agents ayant suivi un tel cursus, ce qui lui est proposé à partir d'expériences d'autres établissements. Son âge et ses conditions de vie lui permettent d'engager un fort investissement personnel. Elle va donc bénéficier d'abord d'un " positionnement " qui mesurera l'écart entre sa situation et son objectif, sur le plan de l'acquisition de connaissances.**

**Puis elle effectuera une formation visant à la mettre à niveau du concours prise en charge par le budget de formation. Si elle réussit, elle entrera dans la préparation au concours.**

**Madame M est elle un cas isolé ? Certes, son statut et son projet sont singuliers au regard des projets de promotion et mobilité. Ainsi en 2000, plus de 200 agents sur les 4000 salariés ont bénéficié de conseils approfondis et de soutien. Mais la démarche est identique à toutes les autres. Elle vise à écouter tous les agents, à prendre en compte leur histoire et leur potentiel humain, à mettre en dynamique des projets et à assurer des bonnes conditions de leur réussite. Cette méthode vise aussi au-delà de chacun à agir sur les collectifs de travail, à construire une culture de la valeur partagée, du changement. Elle aide à développer un sous-bassement fort de la politique sociale qui doit être clairement définie, négociée, contractualisée. Cette démarche, prolongée, donne du sens et de la place aux professionnels de l'hôpital. "**

**Y. DUBOURG, Directeur des Ressources Humaines et Serge ROUX, Ingénieur en Ressources Humaines, Responsable du Département Compétences et Qualifications**

La politique de formation s'intègre dans son environnement. Elle s'établit en cohérence avec les priorités ministérielles annuelles en matière de formation accompagnant la mise en œuvre des politiques arrêtées par le gouvernement. Elle s'établit également en solidarité avec les besoins en compétences des établissements d'un même bassin d'emploi.

La formation est une nécessité partagée au carrefour des intérêts individuels et collectifs. La politique globale de formation conjugue, au travers d'un dialogue social, les différents projets des individus, des services et de l'institution et les articule entre eux. Les projets professionnels des personnels ont donc toute leur place dans les plans. Leur construction à la fois par l'agent et l'institution, dans le cadre de parcours qualifiants lisibles pour tous, garantit leur réalisation. **Différents moyens d'accompagnement peuvent faciliter la réussite des agents tout au long de leur parcours : le conseil en orientation, le tutorat, la mobilité, le bilan de compétences, les études promotionnelles, les préparations au concours d'entrée dans les écoles.**

En amont de la consultation requise des instances, la concertation dans le processus d'élaboration des plans de formation est un gage de réussite. Le rôle de l'encadrement médical et non médical est essentiel dans la détection et la promotion des potentialités des personnes et de leurs équipes. **Il favorise le développement des compétences individuelles et collectives**, valide les projets par rapport aux objectifs du service ou de l'institution, impulse leur mise en œuvre et leur transfert, fait évoluer s'il y a lieu les organisations du travail afin de permettre la mise en pratique des compétences acquises.

Pour accompagner les projets hospitaliers, les cadres des services ont à formaliser à partir d'une réflexion collective le **projet de formation** de leur service, afin que les besoins soient analysés au niveau des différentes unités. Pour faire partager la pertinence de la politique de formation, l'encadrement communique sur les orientations, le recensement concerté des besoins ainsi que sur la raison des refus. **Il prévoit également avec la direction des ressources humaines, une politique de gestion des remplacements, pour ne pas compromettre les départs en formation.**

Le travail entrepris en application du protocole du 14 mars 2001 sur le rôle et les missions des cadres va contribuer à redéfinir la place de ceux-ci au regard des objectifs de l'établissement et de leur action dans leurs différents domaines de compétences. Une attention toute particulière est à porter à leur formation en raison du caractère stratégique de leurs fonctions.

L'implication des praticiens hospitaliers chefs de service et responsables d'unité dans la politique globale de formation est fondamentale au moment de la mise en œuvre des projets de formation et pour favoriser l'utilisation des compétences nouvellement acquises. Des modules de formation communs aux personnels médicaux et non médicaux sont des opportunités à exploiter.

L'évaluation des résultats de la formation est faite à partir d'indicateurs déclinés en fonction des objectifs poursuivis et des résultats attendus ; ces résultats peuvent être individuels ou collectifs.

Les indicateurs cernent différents niveaux : la structure de l'existant, le processus, le produit ou résultat. Ils sont déclinés au moment de l'élaboration du cahier des

charges de l'action de formation à partir des besoins des services ou encore institutionnels.  
Les indicateurs peuvent cibler, selon le but recherché, les évolutions concernant les compétences, la qualité des pratiques, l'accueil des usagers, les conditions de travail, le nombre de projets professionnels accompagnés, de formations internes organisées, d'études promotionnelles et de mobilités réalisées... En tout état de cause, il est essentiel que les indicateurs d'évaluation soient élaborés de manière concertée au moment de la détection des besoins.  
Dans un contexte d'accréditation, avec un souci d'amélioration continue de la qualité, l'exploitation de cette évaluation est un élément incontournable de la régulation des pratiques en cours.

### Le financement de la formation continue

La loi n° 90-579 du 4 juillet 1990 impose aux établissements de la fonction publique hospitalière de consacrer un minimum de 2,1 % des rémunérations des agents de la fonction publique hospitalière au financement des actions relevant de leur plan de formation ; elle ménage également la possibilité pour ces établissements de se libérer de cette obligation, en versant tout ou partie des sommes visées à un organisme paritaire agréé par l'Etat, chargé de la gestion et de la mutualisation de ces fonds.  
Ce financement couvre trois types de dépenses :

- le coût pédagogique ;
- la rémunération des stagiaires en formation ;
- leur déplacement et leur hébergement.

Afin de préserver une adéquation des réponses au plus près des besoins, le dispositif instauré dans la fonction publique hospitalière consacre l'autonomie des établissements. Chaque établissement établit annuellement son plan de formation en fonction des priorités qu'il a définies en accord avec les orientations régionales, en

matière d'évolution des activités et en concertation avec ses partenaires sociaux.

Le gouvernement dans le protocole du 14 mars 2000 a consenti un effort sans précédent -deux milliards de francs- pour faciliter les remplacements des agents. 30 % de cette enveloppe, soit 600 millions de francs au niveau national, sont spécifiquement destinés à renforcer l'effort de formation promotionnelle. Ces crédits sont distribués par les agences régionales de l'hospitalisation en cohérence avec les contrats d'objectifs et de moyens et les volets sociaux des établissements. Ils doivent les aider à mettre en œuvre, en application de l'obligation légale de financement de 2,1%, entendue comme un minimum, des plans de formation ambitieux qui développent la promotion professionnelle et répondent à leurs besoins tout en ménageant le remplacement des agents en formation afin de ne pas compromettre l'organisation des services.

Des crédits ont également été délégués aux agences régionales de l'hospitalisation pour accompagner financièrement la mise en œuvre des projets sociaux. Dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), et sous réserve que la mesure figure au projet social de l'établissement, voire dans un avenant ultérieur, les agences régionales de l'hospitalisation ont toute latitude pour attribuer une enveloppe spécifique à la promotion professionnelle.

## La formation = un droit et un investissement

↓  
**Répond aux souhaits du personnel et aux besoins du projet d'établissement**

↓  
**Prépare le personnel aux évolutions**

↓  
**Permet les évolutions de carrière et les reconversions**

## Politique de formation

↓  
**Priorités ministérielles, priorités régionales, priorités institutionnelles, priorités individuelles**

↓  
**Répartition d'un budget  
Choix des contenus et des bénéficiaires  
Durée**

**Moyens : internes, externes, Lieu**

**Modalités d'apprentissage  
Modes de communication et de retransmission de la formation reçue  
Moyens d'évaluation  
(court, moyen et long termes)**

Un protocole a été écrit et signé à l'issue de chaque scrutin relatif aux commissions paritaires locales (CAPL) entre la direction et les organisations syndicales siégeant aux dites commissions locales.

Ce protocole comporte :

- un accord sur le montant des heures syndicales réglementaires calculées à l'issue des élections ; cet accord est révisé chaque année en fonction de l'évolution de l'une des assiettes de calcul (heures de travail constatées à l'issue de chaque exercice) ;
- un accord sur le mode de consommation de ces heures, et les modalités d'enregistrement de ces consommations ;
- les engagements respectifs sur la mise à disposition et la répartition des moyens matériels (locaux, matériels et mobiliers, quantités de fournitures, forfaits téléphoniques) nécessaires à l'action des organisations syndicales, et le mode d'utilisation de ces moyens par ces organisations ;
- des engagements respectifs sur les rythmes et les formes de dialogue social, outre celui mené dans le cadre des instances locales (CTE, CAPL, CHS-CT) ;
- des dispositions à caractère déontologique sur les expressions et comportements dans le cadre d'un respect mutuel et des principes de défense des intérêts des patients, des personnels, et de l'établissement.

Il y a révision annuelle des droits à décharge d'activité de service (heures syndicales) et une évaluation triennale de l'ensemble du protocole. "

Centre Hospitalier de Laon.

Thème : Management/Organisation

Axe d'amélioration : Développer et renforcer les compétences managériales des cadres

Intitulé de l'action : Mise en place d'une formation au management.

B/ Objectifs et description de l'action :

Dispenser aux cadres une formation leur permettant de mieux se situer par rapport à la stratégie du Centre hospitalier de Versailles, à la mise en œuvre des différents projets et à la réalisation d'objectifs clairs et reconnus.

Répondre aux besoins des cadres en matière d'outils méthodologiques (communication, gestion des conflits,...)

Développer des actions spécifiques en faveur des cadres non soignants.

Personnel concerné : tous les cadres

Programmation : 2002 - 2004

Moyens et modalités de mise en œuvre :

Formation action assurée par un organisme extérieur.

Centre Hospitalier de Versailles  
Extrait du Projet social

" Aujourd'hui, le projet social ne peut être élaboré et mis en œuvre que dans le cadre d'une véritable démarche projet à laquelle les responsables hospitaliers ne sont pas toujours bien préparés.

- Cette démarche exige en effet que l'on sorte des relations institutionnelles classiques (et des jeux de rôle qui en découlent...) et que l'on s'inscrive délibérément, sans état d'âme, dans une démarche participative, pluridisciplinaire et transversale.
- Il ne faut pas sous-estimer dans ces conditions la difficulté pour le personnel d'encadrement de s'investir et, a fortiori, d'adhérer à un processus qui est, par essence, non hiérarchique mais qui ne doit jamais être vécu comme anti-hiérarchique.
- L'information, et si besoin, la formation des cadres aux enjeux et à la méthode d'élaboration du projet sont des préalables incontournables à l'élaboration du projet social.
- D'une manière générale, la réussite d'une démarche-projet va donc dépendre de la capacité des acteurs à intégrer l'innovation et le changement dans les pratiques professionnelles "

Jean Marie BARBOT, DRH,  
Centre Hospitalier de Versailles

# Le processus du projet social

## Les préalables et les recommandations

**La négociation du projet social concerne, à tous les stades de son élaboration, la direction et les organisations syndicales (ou à défaut les représentants du personnel).**

La mise en œuvre des actions découlant du projet social est renforcée par une gestion qualitative des ressources humaines qui implique :

- de définir et de préciser l'évolution de la fonction des cadres (niveau de responsabilité, de délégation, de participation, d'implication...) dans tous les aspects de la gestion des ressources humaines ;
- de s'assurer que l'ensemble du personnel hospitalier a eu connaissance du projet d'établissement (projet médical, projet de soins infirmiers et projet de service) ;
- de vérifier, par un diagnostic préalable, si les préliminaires requis sont réunis avant la mise en œuvre de la démarche.

# Sous d'élaboration social

## Le dialogue social

Une politique de dialogue social est déterminée avec les représentants du personnel en amont du projet. La réussite de celle-ci peut être renforcée par :

- des règles d'exercice du droit syndical clairement établies avec la direction et l'encadrement dans le respect des dispositions législatives et réglementaires ;
- une règlement intérieur explicite du fonctionnement de chacune des instances délibératives et décisionnelles ;
- des conseils de services ou groupes d'expression directe dont les propositions sont suivies de réponses et actions.

## La formation de l'encadrement à la conduite du changement

Ce sont beaucoup plus les méthodes employées pour conduire les projets qui bloquent les acteurs concernés que les changements qu'ils envisagent. La réticence des acteurs institutionnels à contribuer aux évolutions est souvent liée au fait que ceux-ci ne mesurent pas ce qu'ils ont à y gagner. Le gage de réussite dans la conduite du changement repose

sur la **performance des cadres** qui préparent les évolutions en concertation avec les personnels et aussi :

- La fiabilité des méthodes de conduite de projet ;
- La qualité du management et de l'accompagnement des équipes ;
- La transparence et la régularité des informations ;
- La qualité de la communication et du dialogue ;
- La manière d'impliquer le personnel.

Il s'agit aussi de faire valoir aux équipes les éléments positifs de leurs actions et leur démontrer que les faiblesses du système déjà en place ne les mettent pas en défaut. En effet, c'est à partir des constats des dysfonctionnements que l'on peut ajuster et faire évoluer l'organisation.

Les promoteurs du projet social s'appuieront sur les personnels qui sont les principales ressources et leviers des changements. Pour limiter les résistances, il convient de cultiver la confiance, la solidarité, en négociant avec les agents des objectifs réalistes et propices à l'ouverture de nouvelles voies.

**La mise en place de cadres chargés de missions transversales et pluridisciplinaires participe au succès des projets.**

## L'implication des acteurs

- A toutes les étapes, il est essentiel de favoriser l'implication et l'expression des personnels avec le comité de pilotage du projet social, les instances, les organisations syndicales et la direction.
- Ce peut être aussi l'occasion de revoir les modes habituels d'expression et leur utilisation au sein de la structure, en particulier le fonctionnement des conseils de service ou d'expression directe.
- L'option d'une approche par métier peut être retenue dans le cadre de certains travaux.
- L'encadrement sera associé à l'ensemble de la démarche dès son origine.
- Le corps médical sera associé à part entière à cet aspect essentiel du projet d'établissement.
- A un niveau plus déconcentré, le lien entre les orientations du projet social et du projet de service devra être établi pour assurer la cohérence de l'ensemble et impliquer le personnel tout au long du processus.

## Démarche d'élaboration du projet social

- ↓
- Concerne tous les domaines d'intervention**
  - Implique tous les acteurs dans une démarche collective**
  - Trouve son fondement dans l'état des lieux**
  - Se construit sur la base de besoins prioritaires**
  - Suppose un suivi méthodique**
  - Nécessite des moyens**

## Projet social et audit social

Le centre Hospitalier de Versailles s'est engagé dès le mois de janvier 2001 dans l'élaboration du projet social pour les quatre années à venir.

Le groupe projet social a décidé de s'inscrire dans une démarche d'audit social qui cherche à traiter les questions à partir de données et de faits. Ce diagnostic social s'inscrit dans un démarche globale qui conduit à l'action.

Le centre Hospitalier de Versailles a retenu comme méthode " l'enquête " s'appuyant sur des outils méthodologiques :

- l'étude documentaire : ce sont les données recueillies, la littérature de l'établissement (comptes-rendus CTE, CHS-CT, bilan social, etc.) ;
- le questionnaire ;
- les groupes d'expression.

Un questionnaire a donc été élaboré par le groupe projet social et pré testé auprès des services avant sa diffusion définitive dans l'établissement. Ce questionnaire diffusé en février 2001 à l'ensemble du personnel a permis de recueillir un taux de réponse de plus de 60 % (soit 1090 agents). Cette large participation s'explique notamment par une information et une sensibilisation du personnel, une implication des cadres dans la diffusion du document, l'association des représentants du personnel tout au long du processus, une garantie de l'anonymat et une information sur les objectifs de l'enquête.

Des groupes d'expression menés par un consultant extérieur à l'établissement ont permis de recueillir les attentes d'environ 150 agents représentants les différentes catégories de personnel.

Dès lors que les résultats de ce questionnaire ont été connus, ceux-ci ont été diffusés par le biais du journal interne de l'établissement et mis à disposition du personnel dans les services.

Le recueil de ces différentes données (étude documentaire, questionnaire et groupes d'expression) a donc permis de réaliser le diagnostic social du Centre Hospitalier de Versailles et ainsi de dégager des priorités d'actions à mettre en œuvre en matière de gestion du personnel.

Cette phase me semble indispensable lors de l'élaboration d'un tel document afin de ne pas s'appuyer sur des jugements, intentions, théories mais sur des faits et des données recueillis auprès du personnel de l'établissement. "

Sandrine BROEKAERT, Psychologue du Travail,  
Centre Hospitalier de Versailles

## L'autoévaluation

" L'autoévaluation, nous la redoutions mais nous y avons pris goût puisque nous en avons effectué trois. L'une, la première, sur la base d'un référentiel que nous avons élaboré pour nous préparer ; la deuxième en tant qu'établissement expérimentateur pour l'ANAES ; la troisième enfin " grandeur nature ".

A chaque fois, nous avons tous au sein de la DRH et du groupe d'autoévaluation estimé que l'examen et la mise à plat de nos pratiques étaient très enrichissants. En même temps, les divers questionnements que ces regards croisés suscitaient, nous amenaient à clarifier et, le cas échéant, à modifier nos procédures et démarches.

Surtout, toute cette dynamique, car c'est comme cela qu'on l'a vécue, nous a permis d'abord de nous rendre compte que nous travaillions bien ! ce qui a constitué pour tous un réconfort et un encouragement et nous a fourni une multitude de pistes pour des améliorations concernant tous les secteurs de la GRH.

L'essentiel pour moi a été de vivre l'autoévaluation de façon positive, sereine, je veux dire dénuée de toute idée de sanction, en ayant le souci constant d'en partager l'élaboration et les enseignements avec tous mes collaborateurs, de telle sorte que tous jouent le jeu de la qualité pour continuer à faire bien et progresser de manière professionnelle "

Y. LAMY, Directeur

" L'autoévaluation est une étape essentielle de la procédure d'accréditation, à l'occasion de laquelle l'ensemble de professionnels de l'établissement de santé effectue sa propre évaluation de la qualité, en regard des référentiels du manuel d'accréditation. L'hôpital St Joseph a choisi, après un large débat au sein de l'EPAC, d'organiser l'autoévaluation avec des groupes qui abordent chacun l'ensemble du manuel d'accréditation, à la différence d'autres hôpitaux qui ont constitué des groupes spécifiques par référentiel "

Extrait de l'autoévaluation, PSPH, St Joseph

## L'état des lieux

Ce chapitre peut être synthétique dans le projet social puisque déjà introduit dans le projet d'établissement. Il s'impose tout de même sous une forme et avec un contenu devant permettre à tous ceux qui gèrent les ressources humaines de près ou de loin, d'appréhender et comprendre les enjeux et déterminants conditionnant les comportements, demandes ou besoins des personnels hospitaliers.

### L'établissement dans son environnement

Afin de mettre en évidence des caractéristiques locales, l'analyse du contexte local et régional de points de vue **sociologique, démographique, économique, politique, culturel et géographique**, permet d'appréhender les interactions existant entre l'environnement dans lequel évoluent les individus et la demande de transformation des conditions de travail.

### Les temps forts de l'histoire de l'établissement

La recherche et l'analyse des conditions, causes, enjeux et déterminants des événements clés des cinq années passées concernant la politique sociale de l'établissement peut déjà orienter vers des axes de travail pertinents.

### Identification des forces, faiblesses, opportunités et risques pour l'établissement

Les forces, les faiblesses, les opportunités et les risques sont analysés sous l'angle des réalisations passées et des projets de l'institution.

A cette occasion, il convient de repérer quels sont les valeurs et exigences partagées, les facteurs clés de succès et les conditions de réussite du projet social afin d'identifier

la part des droits et devoirs de chacun, les engagements réciproques à imaginer dans ce type de démarche.

### L'état des lieux repose sur l'exploitation de données internes contenues dans :

le bilan social, le rapport annuel du CHSCT et le rapport annuel de la médecine du travail.

- L'extraction des données de ceux ci permet d'établir une photographie sociale pertinente des caractéristiques du personnel de l'établissement.
- Les éléments clés du bilan social comparés avec les données nationales et régionales contribuent à expliciter les grandes tendances et les particularités de l'établissement.

L'exploitation de ceux ci est par ailleurs déterminante pour conduire et justifier la politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

**Pour évaluer les forces, les faiblesses et les opportunités de la gestion des ressources humaines, l'établissement peut réaliser un audit social ou une autoévaluation.**

### L'audit social

L'audit social fait appel à des compétences et techniques spécifiques aux sciences sociales aussi, c'est un outil de pilotage à manipuler avec expertise et précaution. Avant de le mettre en œuvre, par exemple sous la forme d'un questionnaire adressé aux agents, il peut être procédé à la formation des acteurs institutionnels en partenariat avec des universités en sciences sociales, ou encore des organismes comme les ARACT (Agences Régionales pour l'amélioration des Conditions de travail). Il permet la formulation des attentes et l'expression des opinions du personnel qui est informé précisément des objectifs qui le sous tendent.



Les résultats de l'audit social orientent ainsi la gestion des ressources humaines en fondant des hypothèses de travail sur la connaissance effective et objective des attentes du personnel.

L'ensemble de ces modes d'investigation, devra à chaque étape de la démarche, faire l'objet d'actions de communication auprès de l'ensemble du personnel et au sein des instances.

### L'autoévaluation

L'autoévaluation menée dans le cadre de l'accréditation dans le domaine particulier de la gestion des ressources humaines permet une approche pragmatique de la politique sociale à conduire. Elle aide l'établissement à mesurer sa capacité à évoluer et à définir des priorités d'actions. Elle entraîne un effet incitatif à s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la gestion des ressources humaines.

PSPH ST JOSEPH	Références et critères	Autoévaluation	Réservé aux appréciations des experts visiteurs
GRH 1	<i>L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie</i>		
GRH 1	<p>Le projet social de l'hôpital les perspectives d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins de l'établissement, prévoit les modalités d'une gestion personnalisée des professionnels, s'attache à la prise en compte des conditions de travail et des relations sociales.</p>	<p>Le projet social de l'hôpital Saint-Joseph inclut notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le projet Décamob (développement des compétences et accompagnement de la mobilité). Ce projet a débuté en septembre 1999, il s'étend sur plusieurs années et contribue entre autres à faciliter la mise en œuvre du plan social. Il est piloté par la Direction des ressources humaines et des soins infirmiers et pour objectifs de :             <ol style="list-style-type: none"> <li>2. accompagner les professions menacées de licenciement dans le cadre du plan social ;</li> <li>3. préserver au maximum les emplois ;</li> <li>4. faire émerger des compétences nouvelles ;</li> <li>5. développer la mobilité ;</li> <li>6. accompagner le changement et le développement des compétences et des qualifications en développant un référentiel des métiers existants. Au travers des groupes métiers ;</li> <li>7. aider les salariés à réaliser leur projet professionnel en cohérence avec le projet de l'hôpital ;</li> <li>8. répondre aux besoins individuels des agents en cohérence avec le projet.</li> </ol> </li> </ol> <p>Ce projet prend en compte le référentiel métiers existants. Au travers des groupes métiers, celui-ci sera réactualisé et affiné.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. le plan social et d'aménagement des emplois élaboré en 1999 qui intègre à la fois un volet économique et des mesures sociales d'accompagnement. Ce plan social a été négocié avec les partenaires sociaux et fait l'objet d'un comité de suivi qui se réunit 2 fois par mois.</li> <li>10. l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) mise en place le 01 novembre 1999 a impliqué une nouvelle organisation du travail. Un comité de pilotage relié à 19 comités de pôles ou secteurs de l'hôpital a permis une large participation de tous les acteurs, la mise à plat des organisations et d'identification des dysfonctionnements par pôles et secteurs ou transversaux. Des comités de suivi ARTT et de la modulation pour le pôle urgences, anesthésie, réveils et le pôle de blocs opératoires sont en place et permettent les réajustements nécessaires.</li> <li>11. le plan de formation continue</li> <li>12. les formations en 1998 des membres du comité d'hygiène et sécurité et des conditions de travail à la conduite de projet.</li> </ol>	
GRH1	<p>L'établissement dispose donc dans sa structure de fonctions de gestion des ressources humaines aux responsabilités clairement identifiées.</p>	<p>Un organigramme de la direction des ressources humaines et des soins infirmiers (DRHSI) a été diffusé sous forme de note de service lors du regroupement de la direction des ressources humaines et de la direction des soins infirmiers en septembre 1998.</p> <p>Le personnel ne différencie pas encore précisément les fonctions ressources humaines et les fonction soins infirmiers au sein de la DRHSI. Une mise à jour est effectuée et la diffusion est en cours.</p>	
GRH 1	<p>L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.</p>		

PSPH ST JOSEPH	Références et critères	Autoévaluation	Réservé aux appréciations des experts visiteurs
GRH 2	<i>Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines</i>		
GRH	Les instances représentatives du personnel sont réunies selon une périodicité définie et fonctionnent selon un règlement intérieur sur les questions relevant de leur compétence	<p>Un calendrier annuel des différentes réunions des instances est défini et diffusé à l'encadrement :</p> <p>13. commission médicale d'établissement (CME) : tous les mois ;  14. comité d'entreprise (CE) : tous les mois ;  15. délégués du personnel : tous les mois ;  16. comité hygiène et sécurité des conditions de travail (CHSCT) : tous les 3 mois</p> <p>Ces réunions font l'objet d'ordre du jour et compte rendu qui mentionnent la composition de ces instances. Le règlement de l'organisation médicale précise le rôle et le fonctionnement de la CME. Il y a un règlement intérieur pour le CE. Le fonctionnement du CHSCT respecte la réglementation.</p> <p>Des réunions dans le cadre réglementaire de la négociation annuelle font l'objet également de comptes-rendus. Les grands projets sociaux tels que l'ARTT ou le plan social font également l'objet de comités de suivis qui se réunissent de façon régulière.</p> <p>Un poste identifié au sein de la direction des ressources humaines et des soins infirmiers (DRHSI) est chargé des relations sociales.</p>	
GRH 2	L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.	La secrétaire du CE, le président et le vice-président de la CME sont invités aux réunions plénières du conseil d'administration.	

Extrait de l'autoévaluation dans le cadre de la démarche d'accréditation, PSPH, St Joseph



Pour les agents travaillant à temps complet :

13- Vous avez demandé un temps partiel qui vous a été refusé

Oui

Non

14- Vous avez l'occasion de participer à des réunions de service (cochez une seule réponse)

Plus d'une fois par mois

Une fois par mois

Plus d'une fois par trimestre

Jamais

15- Vous utilisez la revue du Centre Hospitalier de Versailles comme moyen d'information sur la vie et le fonctionnement de l'hôpital (cochez une seule réponse)

Toujours

Souvent

Quelquefois

Jamais

Ne se prononcent pas

16- Les informations sur la vie et le fonctionnement de l'hôpital vous sont plutôt connues par Classez de 1 à 4 par ordre d'importance ; de 1 = le plus important à 4 = le moins important

La hiérarchie ..... Les représentants du personnel .....

Les collègues ..... Les bruits de couloir .....

17- Les relations avec vos collègues sont (cochez une seule réponse)

Très satisfaisantes  Pas du tout satisfaisantes

Satisfaisantes  Ne se prononcent pas

Peu satisfaisantes

Centre hospitalier de Versailles, extrait du questionnaire de 53 questions.  
Audit Social (plus de 1000 agents y ont répondu).

## Le recensement des besoins prioritaires

L'identification des besoins découle de l'état des lieux faisant apparaître les plans d'actions à privilégier et les démarches à développer.

Les recensements des besoins prioritaires s'effectuent à partir :

- De la mise en œuvre des différentes composantes du projet d'établissement ;
- Des résultats de l'état des lieux ;
- De l'audit social ;
- De l'enquête réalisée auprès du personnel ;
- De l'autoévaluation.

## L'élaboration du projet

- A partir de l'analyse de la situation et des propositions, la définition d'objectifs opérationnels, mesurables et observables, déclinés en plans d'actions prioritaires et assortis des moyens à mettre en œuvre seront proposés aux agents au sein des conseils de service ou aux groupes d'expression directe et au comité de pilotage.
- La formalisation de l'avant-projet sera soumise par la direction de l'établissement à l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) avant les négociations internes pour valider un pré-cadrage financier dans le cadre du FMES. Cet avant-projet fera apparaître les points suivants :
  - Les objectifs ;
  - Les plans d'actions avec des actions hiérarchisées ;
  - Les moyens humains et matériels à mobiliser ;
  - Le plan de financement ;
  - Le calendrier ;
  - Les modalités de suivi et d'évaluation.

# Les sources de financement

## **Le financement des actions de modernisation dans le cadre du FMES**

Les actions de modernisation sociale figurant dans le volet social du contrat d'objectifs et de moyens bénéficient de concours financiers. Le FMES sera abondé à partir de l'analyse des besoins à la suite du bilan national des remontées d'informations.

Le protocole AUBRY a permis un financement initial de 400 millions de francs. Par la suite, les projets seront financés dans le cadre de l'enveloppe annuelle attribuée au FMES.

## **La contribution financière des établissements**

Le FMES ne finance qu'une partie des opérations éligibles. Il appartient donc aux établissements de démontrer qu'ils seront en mesure d'assumer à long et moyen termes les conséquences financières des opérations de modernisation sociale proposées.

## **Le recours au Fonds Social Européen**

Le FSE (Fonds Social Européen) n'est pas habituellement accessible aux établissements publics de santé ; cependant, il a été désigné comme l'un des moyens d'engager la professionnalisation des jeunes exerçant dans les établissements définis à l'article 2 de la loi n° 86 33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le Fonds Social Européen intervient toujours en additionnalité et en complément de financeurs publics français (notamment Etat, collectivités territoriales, Agences Régionales de l'Hospitalisation, établissements) ; le taux d'intervention du Fonds Social Européen est de 40 % sur la mesure relative à la professionnalisation des bénéficiaires d'un contrat " nouveaux services - nouveaux emplois ".

Pour faciliter le montage de ces dossiers complexes, un accord cadre national a été signé le 26 juin 2001 entre le Gouvernement et l'ANFH ; cet accord sera décliné régionalement.

# Négociation du projet social avec les organisations syndicales

La détermination des actions de modernisation sociale découlant du projet social ou du COM est fondée sur la négociation interne avec les organisations syndicales.

L'élaboration du projet social exige le respect des étapes de validation. Il est soumis aux avis des membres de la CME (Commission Médicale d'Établissement), du CTE (Comité Technique d'Établissement), avant d'être délibéré en CA (Conseil d'Administration).

En amont de ces étapes réglementaires, la direction de l'établissement pourra associer les partenaires sociaux dès l'origine du projet et tout au long de son élaboration, en favorisant par exemple leur participation au sein du comité de suivi et dans les groupes de travail.

Les thèmes du projet social sont fédérateurs dans le sens où ils traduisent l'expression des aspirations individuelles et collectives des personnels. Pour cela, le protocole AUBRY réaffirme l'institution et l'obligation du dialogue social. Les débats de la négociation se trouvent facilités et constructifs si les politiques relatives à l'organisation, aux conditions de travail et à la gestion des ressources humaines

s'inscrivent véritablement dans une logique de construction pour les partenaires sociaux, et, si parallèlement, les enjeux, les objectifs et actions du projet sont transparents et cadrés par la direction.

Le gouvernement réaffirme le rôle des syndicats comme représentants de l'expression des propositions des agents en complétant l'ensemble de la démarche par l'obligation de présenter un bilan annuel de la réalisation des actions entreprises dans le cadre du projet social au CTE.

La circulaire relative aux projets sociaux précise que l'avis favorable des instances consultatives et décisionnelles doit être activement recherché, aussi des dispositions peuvent faciliter ce processus de négociation comme :

- L'organisation d'une information précise au sein de l'établissement, par le biais des conseils de service et d'expression directe, sur les étapes du projet, sur l'échéancier, sur les résultats attendus, sur le rôle des acteurs et celui des partenaires sociaux ;
- L'institution de bilans réguliers avec les organisations syndicales sur l'évolution du projet ;
- L'élaboration de scénarii fiables et réalistes.

Au-delà de l'ensemble des obligations légales de consultation évoquées ci-dessus, la direction peut adopter la même attitude avec d'autres instances tels le CHSCT, la commission du service de soins. Dans les établissements ne comportant aucune représentation syndicale, il faudra rechercher la contribution de délégués syndicaux venant d'autres structures, ce qui peut dorénavant être facilité par la possibilité d'utiliser des crédits d'heures syndicales capitalisés.

Les partenaires sociaux sont des interlocuteurs essentiels dans une telle démarche, il convient donc de leur accorder explicitement la place qui leur revient, gage de réussite du projet et de sa dynamique.

# Le rôle des instances

Le conseil d'administration, le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement et la commission du service de soins infirmiers ont à se prononcer sur les objectifs généraux de la politique sociale et sur les contrats d'objectifs et de moyens qui doivent être obligatoirement assortis d'un volet social.

Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail joue un rôle important dans le processus notamment parce que les situations de travail relèvent de sa compétence. Des partenariats avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales doivent être recherchés dans la mesure où les dispositions prises par ce dernier ont aussi des conséquences directes sur la protection et l'environnement du personnel.

Par sa finalité, la teneur du projet social induit naturellement l'organisation d'échanges collectifs et le décloisonnement des instances légales qui peuvent se rapprocher et fédérer leurs desseins autour de la politique sociale de l'établissement.

Le travail préparatoire à l'élaboration du projet social peut donner l'occasion de préciser les rôles et missions de chaque instance, comme pour le comité de pilotage ou de suivi du projet social, en caractérisant de manière factuelle leurs contributions dans la mise en œuvre de celui-ci. L'occasion est ainsi donnée de favoriser des passerelles entre les différentes instances.

De même, la définition des modalités de mise en œuvre et de suivi autour des plans d'actions découlant du projet social contribue à faire évoluer le dialogue entre les instances et le personnel. Par exemple, les acteurs concernés par l'animation, la conséquence et la mise en œuvre des plans d'actions relatives au projet social peuvent intervenir directement au sein des instances en présentant eux-mêmes leurs modes de participation, en explicitant leur démarche et en argumentant les résultats.

Ces moments, essentiels et particulièrement valorisants pour le personnel, créent des relations fortes et durables entre les différentes logiques de l'hôpital, démystifient le rôle des instances et confirment aux yeux des agents leur utilité et l'importance de leur propre rôle dans une telle démarche.

Afin d'assurer l'unité de cet ensemble avec les conseils de services, la remontée des travaux de ces derniers fait l'objet de bilans auprès des instances décisionnelles et délibératives. Ainsi, la cohérence devient avérée entre la remontée des besoins du personnel et les axes majeurs du projet social ou des volets sociaux des COM (Contrats d'Objectifs et de Moyens).

## Extrait du volet social du COM transmis à l'ARH

Objectifs opérationnels	Actions	Partenaires extérieurs	Moyens obtenus par redéploiements internes	Moyens supplémentaires demandés	Délais de mise en œuvre	Indicateurs Modalités de suivi et évaluation
1. Analyser quantitativement les besoins de l'établissement en personnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etude de la pyramide des âges des personnels et des perspectives de la mise en retraite</li> <li>• Planification des besoins en personnels liés à la mise en œuvre du projet d'établissement et de l'ARTT</li> </ul>				2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableaux de suivi, réajustements annuels</li> </ul>
2. Adapter le niveau de compétences des personnels à l'évolution des techniques et des missions du CH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de formations d'adaptation à l'emploi, bilans de compétence</li> <li>• Soutien à la mobilité inter-services</li> <li>• Adaptation de la politique de recrutement (grilles d'évaluation formalisées)</li> </ul>		Plan de formation annuel	Dossier FMES	2001 - 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grilles d'évaluation des personnels</li> </ul>
3. Favoriser la mise en place des métiers émergents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une politique de recrutement adaptée</li> <li>• Soutien aux projets de reconversion professionnelle</li> </ul>				2001 - 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustement du tableau des emplois, évaluation annuelle par la cellule GPEC</li> </ul>
4. Soutenir les projets d'études promotionnelles en fonction des besoins de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un plan pluriannuel d'études promotionnelles</li> </ul>			Dossier FMES	2002 - 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan social</li> </ul>



# Le rôle de l'agence régionale d'hospitalisation et des services de l'Etat

## L'instruction des projets de modernisation sociale des établissements

Le projet social, résultat de l'avant projet et des négociations internes à l'établissement, peut faire l'objet d'un **plan d'actions hiérarchisé** décrit dans des fiches qui reprennent pour chacune des actions :

- Le thème ;
- Les clés et les freins identifiés dans le cadre du diagnostic préalable réalisé par l'établissement ;
- Les objectifs de l'action projetée ;
- Le calendrier de mise en œuvre ;
- La (ou les) mesure(s) envisagée(s) ;
- Le nombre d'agents concernés, les secteurs ;
- Le coût et le plan de financement (autofinancement, financements extérieurs) ;
- Les indicateurs d'évaluation.

## Les missions des cellules régionales de modernisation sociale des établissements de santé

Les établissements de santé s'adaptent régulièrement pour garantir un haut niveau de sécurité et de qualité en organisant notamment de profondes opérations de modernisation.

C'est dans ce contexte que sont créées au sein des agences régionales d'hospitalisation, les Cellules Régionales d'Évaluation et de Modernisation des Établissements de Santé (CREMES) qui sont des structures chargées d'expertiser les demandes d'agrément présentées par les établissements de santé auprès du Fonds pour la Modernisation Sociale des Établissements de Santé (FMES) pour le financement d'opérations de modernisation sociale (circulaire relative aux projets sociaux).

A ce titre, la CREMES joue un rôle de conseil et d'aide auprès des établissements de santé susceptibles de faire appel au FMES, que ce soit pour l'installation de cellules locales ou pour l'aide à la recherche de perspectives de reclassement d'agents concernés par des opérations de modernisation.

De même, la CREMES assistera les établissements sollicitant des mesures figurant dans les projets sociaux ou volets sociaux des contrats d'objectifs et de moyens éligibles au FMES.

La CREMES est une cellule d'expertise et de conseil et ne se substitue pas aux chefs d'établissement dans la conduite locale des négociations individuelles ou collectives.

# Prévoir l'absentéisme des personnels et améliorer la qualité de la politique de remplacement

## 1. Diagnostic préalable

Un absentéisme en progression constante depuis 1996 (51.595 jour d'absences en 1999 soit une progression de 13 % par rapport à l'année 1996).

Un absentéisme de longue durée importante représentant 30 % de l'absentéisme total.

Des difficultés en termes de réactivité concernant la gestion des remplacements.

Une insuffisance d'information concernant l'origine de l'absentéisme (lien avec la pyramide des âges corrélation avec la charge de travail dans les différents secteurs).

## 2. Propositions d'actions

Action n°1 constitution d'un groupe transversal représentatif des différentes catégories du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (dont des représentants des partenaires sociaux) qui aura pour mission :

- d'analyser les motifs d'absentéisme
- de proposer un soutien aux services ou secteurs les plus en difficulté.

Année de réalisation : 2000

Action n°2 Travail interne visant à lister un certain nombre de postes aménagés (horaires adaptés, charge de travail réduite) aux personnels rencontrant des problèmes physiques et/ou psychologiques. Cette action sera menée en concertation avec la commission Administrative Paritaire compétente.

Mise en place de formation d'adaptation à l'emploi, élaboration de bilans de compétence préalable à l'affectation sur des postes aménagés.

Année de réalisation : 2000.2001 et 2002

Action n°3 Déconcentration de la politique de remplacement gestion sectorielle permettant, d'une part, d'améliorer la réactivité de l'institution face aux difficultés liées à l'absentéisme et d'autre part, de constituer des pools de remplacements spécialisés.

Année de réalisation : 2000

Action n°4 Etude globale de l'évolution de l'absentéisme dans l'établissement, analyse par catégorie professionnelle et d'âges ainsi que par secteur. Cette étude sera confié à un organisme extérieur (ANACT.....)

Année de réalisation : 2000

## 3. Coût de financement total sollicité de 2000 à 2002

Action	Autofinancement	Crédits demandés à l'ARH, FMES	Coût total
Action n°1			
Action n°2			
Action n°3			
Action n°4			
Total			

## 4. Evaluation

L'évaluation de l'ensemble des actions sera réalisée par le groupe transversal constitué à cet effet. Le critère d'évaluation principal sera notamment l'évolution du taux d'absentéisme, l'objectif étant à terme un infléchissement de celui-ci.

Fiche de projet N° 1 Extrait du volet social du COM CH Cornouailles



## Le rôle de la DDASS

### La procédure de demande de financement par le FMES

Les modalités d'instruction de la demande de financement par le FMES peuvent être différentes d'une région à l'autre. Cependant, la demande devra être :

- déposée à la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) pour une instruction préalable ;
- agréée par le Directeur de l'ARH, après avis des cellules régionales de modernisation sociale des établissements de santé et la commission exécutive.

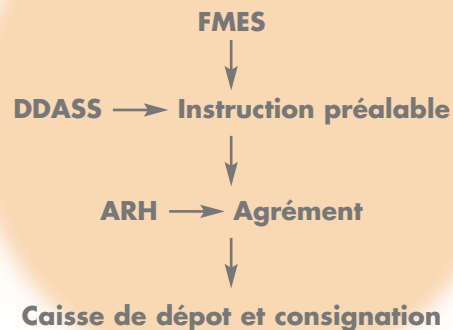
La demande agréée doit être transmise à la Caisse des Dépôts et Consignation de Bordeaux, établissement gestionnaire du FMES.

Pour disposer des informations complémentaires, les services suivants peuvent être sollicités :

- L'ARH ;
- La cellule régionale de modernisation sociale de l'ARH ;
- Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : Bureau P1 (Secrétariat : Tél : 01.40.56.44.12) ;
- La Caisse des Dépôts et Consignations  
Sous Direction des Allocations service  
FASMO/FMES/P.P.A.I.45 – Tél : 05.56.11.33.44 ;

D'autres sources de financements peuvent être sollicitées et sont spécifiques aux régions. La CREMES est en mesure d'orienter les demandes en fonction des thématiques retenues dans le projet social ou le volet social du contrat d'objectifs et de moyens.

## Aide au financement du projet social ou du volet social





Nous avons souhaité que ce projet social soit le fruit d'un diagnostic par tous les acteurs de la communauté hospitalière et qu'il propose un ensemble de mesures concrètes, lisibles de nature à améliorer les conditions de travail. Pour cette raison, un questionnaire a été élaboré, et adressé à l'ensemble des personnels, en parallèle des réunions de concertation menées avec les représentants des partenaires sociaux. Nous avons souhaité proposer plusieurs axes de modernisation sociale et en particulier la prévention de l'absentéisme et des risques professionnels, le management des équipes, la prévention de la violence et la prise en compte des personnels en difficulté. Il me paraît nécessaire d'évaluer chaque année l'impact des mesures réalisées".

Monsieur HEULOT,  
Directeur des Ressources Humaines, CH Quimper  
Cornouailles.

# L'appropriation et la mise en œuvre du projet social

## L'appropriation du projet social agréé par les services de l'Etat

L'appropriation du projet par les personnels est la résultante d'une implication forte autour d'une philosophie commune, porteuse d'idées et actions susceptibles de répondre à des besoins identifiés et de donner satisfaction. Pour cela, le projet est décliné en thématiques concrètes dont les résultats sont tangibles.

L'appropriation du projet s'articule donc autour de deux axes : Les modalités d'appropriation et la communication de celui-ci.

### Les modalités d'appropriation

Elles passent par :

- Une démarche impulsée par le chef d'établissement et promue par l'équipe de direction ;
- L'implication de l'encadrement qui sera coauteur, moteur et porteur du projet dès son origine ;
- L'implication des agents.

## La diffusion du projet social

La communication du projet revêt deux aspects :

- Un véritable plan de communication est formalisé par la direction ;
- Le plan de communication prévoit notamment le rappel des objectifs du projet dans tous les débats institutionnels, les réunions de direction, de cadres, les conseils de services, les groupes d'expression directe, et le passage au sein de toutes les instances consultatives et décisionnelles.

Enfin, le projet social fera l'objet d'une promotion par le biais des moyens de communication internes à l'établissement, voire dans la presse locale.

Nous avons souhaité que ce projet social soit le fruit d'un diagnostic par tous les acteurs de la communauté hospitalière et qu'il propose un ensemble de mesures concrètes, lisibles de nature à améliorer les conditions de travail. Pour cette raison, un questionnaire a été élaboré, et adressé à l'ensemble des personnels, en parallèle des réunions de concertation menées avec les représentants des partenaires sociaux. Nous avons souhaité proposer plusieurs axes de modernisation sociale et en particulier la prévention de l'absentéisme et des risques professionnels, le management des équipes, la prévention de la violence et la prise en compte des personnels en difficulté. Il me paraît nécessaire d'évaluer chaque année l'impact des mesures réalisées".

Monsieur HEULOT,  
Directeur des Ressources Humaines, CH Quimper Cornouailles.

# L'appropriation et la mise en œuvre du projet social

## L'appropriation du projet social agréé par les services de l'Etat

L'appropriation du projet par les personnels est la résultante d'une implication forte autour d'une philosophie commune, porteuse d'idées et actions susceptibles de répondre à des besoins identifiés et de donner satisfaction. Pour cela, le projet est décliné en thématiques concrètes dont les résultats sont tangibles.

L'appropriation du projet s'articule donc autour de deux axes : Les modalités d'appropriation et la communication de celui-ci.

## Les modalités d'appropriation

Elles passent par :

- Une démarche impulsée par le chef d'établissement et promue par l'équipe de direction ;
- L'implication de l'encadrement qui sera coauteur, moteur et porteur du projet dès son origine ;
- L'implication des agents.

## La diffusion du projet social

La communication du projet revêt deux aspects :

- Un véritable plan de communication est formalisé par la direction ;
- Le plan de communication prévoit notamment le rappel des objectifs du projet dans tous les débats institutionnels, les réunions de direction, de cadres, les conseils de services, les groupes d'expression directe, et le passage au sein de toutes les instances consultatives et décisionnelles.

Enfin, le projet social fera l'objet d'une promotion par le biais des moyens de communication internes à l'établissement, voire dans la presse locale.

## Un comité de suivi et d'évaluation

" composé de 10 facilitateurs pluridisciplinaires, du chef de projet (l'infirmier général), et d'un rapporteur, ses missions ont ainsi été définies :

- élaborer le diagnostic stratégique ;
- proposer les axes de progrès ;
- élaborer la charte du projet ;
- animer les groupes de travail en collaboration avec les pilotes et co-pilotes ;
- hiérarchiser et valoriser les actions ;
- organiser des journées de formation ;
- organiser les différentes actions de communication ;
- rédiger les fiches actions.

Le comité de suivi et d'évaluation se réunit mensuellement et le comité de pilotage participe tous les 2 mois aux travaux de ce comité en vue des orientations et des décisions concernant les actions. "

JP CADET, DSSI,  
Centre Hospitalier de St Quentin

# Le suivi et l'év

## La mise en œuvre des dispositifs de suivi du projet social

Comme tout projet d'envergure, le projet social doit s'inscrire dans une perspective de suivi et d'évaluation.

Ceci constitue, tant pour ceux qui assument la mise en œuvre du projet social que pour les partenaires sociaux, un moyen d'apprécier l'évolution des plans d'actions et leurs conséquences. Le suivi s'organise par la mise en place de " comités de suivi " et par la création d'outils d'évaluation.

## Le(s) comité(s) de suivi

Le projet social implique de nombreux acteurs au sein de l'institution dans la mesure où il comporte de nombreux sous-projets. La question qui se pose alors est de déterminer s'il faut constituer un comité de suivi unique, ou un comité par axe de travail, ou par objectif ou encore par plan d'actions ?

La réponse à cette question ne peut se faire qu'en fonction des réalités locales, la solution du comité unique restant la plus séduisante et la plus " légère " dans un contexte où les groupes de pilotage et comités divers se multiplient.

# évaluation du projet social

La solution consistant à constituer plusieurs comités de suivi peut être considérée comme un gage d'efficacité du suivi du projet, le critère " d'expertise " de ses membres peut alors être retenu en fonction du thème et de l'ampleur de certains plans d'actions.

En tout état de cause, quelle que soit la solution retenue, ce(s) comité(s) sera, (seront) représentatif(s) des différents acteurs institutionnels, à savoir :

- Les organisations syndicales ou à défaut les représentants du personnel sont associés, dès la réflexion initiale, à la définition des objectifs fondamentaux. Ils s'assurent que les travaux engagés se déroulent conformément aux prévisions et qu'ils s'inscrivent bien dans une volonté de répondre aux besoins des personnels ;
- Le corps médical, qui investi dans la mise en œuvre des projets de services, apprécie à ce titre l'efficacité des actions engagées dans le cadre du projet social ;
- La Direction, qui, partie prenante de la négociation, est gestionnaire des moyens et garante du réalisme et de la pertinence des actions entreprises avec les moyens de la structure.

Le rôle du comité de suivi consiste à :

- Assumer une constante vigilance quant à l'émergence et à la mise en œuvre des projets ;
- S'entourer de compétences ou experts pour émettre des avis sur les aspects complexes de certains projets ;

- Se rendre disponible pour accompagner ou renseigner les équipes concernées ;
- Assurer un rôle de contrôle et de régulation.

**Pour toutes ces raisons, il paraît opportun que les membres de(s) comité(s) tirent leur légitimité soit de leur mode de désignation, soit de leur expertise ou implication personnelle.**

Par ailleurs, il est tout à fait essentiel que les instances consultatives et décisionnelles bénéficient d'un bilan périodique de l'avancée des travaux afin de pouvoir, le cas échéant, faire part de leurs commentaires, attentes et souhaits de réajustement.

Afin de faciliter ces fonctionnements, il est important d'en définir, dès le départ, les règles de conduite et de travailler sur la base d'une part, d'une charte de fonctionnement et, d'autre part, de tableaux de bord synthétiques et concis.

## Les tableaux de bord et de suivi

Le suivi du projet social doit être prévu à trois niveaux par :

- Le contrôle de la mise en œuvre effective des projets ;
- L'évaluation des résultats des projets mis en place ;
- La régulation des dysfonctionnements pendant la mise en œuvre.

La mise en œuvre du projet impose de déterminer, dès l'initialisation de la démarche, les objectifs poursuivis, le calendrier de leur mise en œuvre et le dispositif d'évaluation.

Compte tenu de la durée sur laquelle s'étale un tel projet (3 à 5 ans), la programmation s'expose à ce que d'autres priorités locales ou nationales viennent inéluctablement la bousculer. Il est donc préférable de définir **un calendrier d'actions** par sous-projets dès le moment où ceux-ci sont engagés.

Pour mesurer l'impact des différents projets, au-delà de la phase essentielle de contrôle, il est indispensable de retenir des **indicateurs de réalisation qui permettront de valoriser les résultats auprès du personnel**, des instances, et de l'ARH.

Les tableaux de bord de suivi des projets comportent des indicateurs d'évaluation même s'il paraît difficile de définir de prime abord des indicateurs quantifiables en matière de gestion des ressources humaines.

Une analyse des résultats donne une réelle visibilité aux résultats et contribue ainsi à réajuster les projets.

## Projet social

Thème évalué	Critère	Indicateurs Processus	Indicateurs Résultats	Indicateurs de Performance
	<b>1. Pertinence des choix faits</b>	Les projets retenus servent la politique générale de l'Etablissement.	Les thèmes sélectionnés sont cohérents entre eux.	<b>Aucun projet n'est contradictoire avec un autre.</b> Ex : la politique de résorption de l'emploi précaire ne met pas en péril le niveau global de qualification d'une catégorie.
	<b>2. Cohérence du Projet Social avec la circulaire du 3 juillet 2001</b>	La formalisation du Projet social suit les étapes retracées dans la circulaire.	Les thèmes traités figurent dans la circulaire.	<b>Pourcentage du nombre de thèmes figurant dans la circulaire sur le nombre de thème suivis.</b>  <b>Nombre de services concernés par la thématique choisie.</b>  <b>Nombre de projets suivis.</b>
	<b>3. Cohérence avec les moyens de l'Etablissement</b>	Existence de moyens ciblés.	Les financements de projets qui les nécessitent figurent dans le budget délibéré par les instances.	Tous les projets retenus disposent des moyens nécessaires en temps utile.
	<b>4. Conformité du suivi à la circulaire</b>	Existence d'un Comité de suivi. Passage des projets en Comité de suivi.	Présence de 3 composantes : • syndicats ; • médecins ; • directeurs.	<b>Le nombre de syndicats représentés aux réunions sur le nombre de syndicats représentatifs dans l'institution.</b>  % de tous les projets travaillés qui passent en Comité de suivi.
	<b>5. Exploration de la complexité du domaine traité</b>	Généralisation d'un même projet au sein des différents services.		<b>Nombre de services concernés par la thématique choisie.</b> <b>Nombre de Projets Suivis.</b>
	<b>6. Régulation</b>	Existence d'un dispositif d'évaluation du suivi des projets.	Validation du projet social par les instances.	% des projets présentés qui sont validés par les instances.
			Réajustement des actions en fonction du contexte.	Nombre de plans d'actions réévalués chaque année.

## Les outils d'évaluation

Chaque plan d'actions est introduit par des objectifs opérationnels. Ceux-ci sont déclinés en actions assorties des moyens nécessaires aux réalisations. Des indicateurs définis et annoncés dès l'initialisation renforcent la crédibilité de la démarche.

Pour déterminer des indicateurs fiables et pertinents, il est nécessaire de justifier les motifs qui ont présidé au choix des objectifs.

La **définition des indicateurs** choisis dans le cadre du projet social est comparable ou assimilable à ceux déclinés lors de l'autoévaluation de la démarche d'accréditation.

Les critères retenus concernent :

- la pertinence du projet d'établissement ;
- la cohérence avec le budget hospitalier, entre les thèmes abordés ;
- le réalisme des propositions faites : nombre de projets poursuivis et nombre de projets réalisés ;
- l'exhaustivité des thématiques ;
- la prise en compte des aspects de la complexité (complétude) des secteurs concernés par un même thème.

### Des indicateurs simples et synthétiques constituent

**la meilleure garantie** : ils peuvent être déterminés à partir d'une modification de ceux rencontrés dans l'état des lieux, de l'aboutissement des projets engagés et portent par exemple sur le respect des engagements pris, sur le climat social de l'établissement.

Trois catégories d'indicateurs sont à définir :

- ceux qui portent sur le processus mis en place ;
- ceux qui portent sur les résultats attendus ;
- enfin ceux qui portent sur la performance acquise.

Toutefois, il n'existe pas de hiérarchie entre ces différentes catégories et la présence simultanée des trois n'est pas une obligation.

**Ces indicateurs sont toujours concrets, tangibles, mesurables.** Cependant, leur degré de précision évolue en fonction du niveau de globalité du projet social qu'ils caractérisent.

## Les destinataires de l'information sur l'évaluation

- La direction de l'établissement afin qu'elle puisse apprécier la conformité des résultats aux objectifs généraux et mesurer l'évolution du projet social qu'elle a souhaité promouvoir ;
- Les instances le sont par nature du fait de leurs responsabilités définies dans les textes ;
- Les autorités de tutelle, partenaires essentielles dans la mise en œuvre, dans la mesure où l'intégration du projet social dans le projet d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens impose son suivi dans le cadre de ceux-ci. Au-delà de cette obligation, il paraît judicieux de présenter les résultats avec un souci de transparence et de valoriser ainsi la cohérence de la politique de l'établissement ;
- Le personnel, bénéficiaire de la politique sociale qui doit voir en celle-ci un signe de reconnaissance et de valorisation de son travail.

# Des éléments de références

Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale,  
**Guide du service infirmier, de l'intérêt d'un service infirmier de compensation et de suppléance en vue d'adapter des moyens en personnel aux besoins des personnes soignées,**  
Paris, 1984, 65 pages

Assistance publique des hôpitaux de Paris direction du personnel,  
**Un accident du travail... l'arbre des causes guide méthodologique,**  
Paris, 1988, 63 pages

Estryng-Behar M.,  
**Travailler à l'hôpital,**  
édition Berger Levrault, Paris, 1989

Pascal Charpentier, A-F Molinié, M-F Rachedi,  
**Le temps de travail,**  
édition ANACT, Montrouge, 1989, 219 pages

Eric Lhomme, Bruno Philippe,  
**L'évaluation des personnels à l'hôpital,**  
Paris, 1993

Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville,  
**La formation professionnelle de l'étudiant en soins infirmiers par l'action pédagogique du stagiaire,**  
Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville,  
Paris, 1994

Nicole Tavernier, M-C Mahe, Pascale Barata,  
Thierry Guerin Y,  
**La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics,**  
Paris, 1994

Le Ministère du travail et des affaires sociales,  
**Accords relatifs à l'amélioration des conditions de travail à l'hôpital,**  
Paris, 1995

H. Poinson, Y. Jorand, M. Pepin, A.M. Gallet,  
**Changer le travail à l'hôpital,**  
édition ANACT, Lyon, 1995, 220 pages

Le Ministère du travail et des affaires sociales,  
**Le CHSCT dans les établissements publics de santé,**  
Paris, 1996, 67 pages  
Direction des hôpitaux – bureau FH1

Pierre-Yves Soeure, Eric Lhomme, Stéphanie Palazzi,  
**Etude sur la situation des personnels des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie,**  
Paris, 1996, 121 pages

Ministère du travail et des affaires sociales,  
**Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences,**  
Direction des hôpitaux, Paris, 1997, 134 pages

Ministère du travail et des affaires sociales,  
**Les établissements publics de santé,**  
édition direction des hôpitaux, sous direction des personnels de la FPH, Paris, 1997, 134 pages

# bibliographiques

Ministère de l'emploi et de la solidarité,  
**Informations sur les ressources humaines à l'hôpital,**

Paris, 1998, 45 pages

Direction des hôpitaux, sous direction des personnels de la FPH

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé,  
**Manuel d'accréditation des établissements de santé,** édition ANAES, Paris, 1999, 132 pages

CM international, direction des hôpitaux,  
**Evaluation de la promotion interne dans la fonction publique hospitalière,**

Vélizy, 1999, 87 pages

Ministère de l'emploi et de la solidarité,  
**Point sur les emplois – jeunes à l'hôpital,**

Paris, 1999, 15 pages

Direction des hôpitaux, sous direction des personnels de la FPH

Ministère de l'emploi et de la solidarité – DHOS,  
**Les chiffres clés de la fonction publique hospitalière,**

Paris, 2000, 33 pages

Ministère de l'emploi et de la solidarité – DHOS,  
**Les emplois jeunes à l'hôpital,**

Paris, 2000

Aline Mauranges,  
**Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier,**

publication MNH, Paris, février 2001

ANFH,  
**Guide pratique sur les situations de handicap dans la fonction publique hospitalière,**

Paris, 2001, 63 pages

Laurence Haeusler, Emmanuelle Mauger, Régis Roche,  
**Synthèse annuelle des données sociales hospitalières établissements publics de santé,**

Paris, 2001, 134 pages

ANFH éditions

Ministère de l'emploi et de la solidarité,  
**Guide pour le suivi de la masse salariale dans les établissements publics de santé,**

Paris

ANFH,  
**Pistachat, repères pour l'achat de formation,** édition ANFH, Paris, 2001

Ministère de l'emploi et de la solidarité,  
**L'hospitalisation en France, n° 53,** Secrétariat d'état à la santé à l'action sociale, direction des hôpitaux, Paris, 2001, 142 pages

Institut International de l'Audit Social (IAS),  
**Actes de la 3<sup>ème</sup> université de Printemps : Stratégie et ressources humaines,** 29, avenue Hoch, Paris, 2001, 240 pages



# Remerciements

**La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins tient à remercier tous ceux dont l'expérience directe en matière de projet social a inspiré le contenu de ce guide et en particulier les personnes ayant participé à l'élaboration de celui-ci :**

## **Les membres du groupe de travail :**

**Madame Yveline ALBIN-CAILLY,**  
Directrice du Service de Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier Aubagne

**Monsieur Thierry BOISSON,**  
Chargé de mission – ARH Picardie

**Monsieur Daniel BONTE,**  
Syndicat CFE-CGC

**Madame Yolande BRIAND,**  
Syndicat CFDT

**Monsieur Jean-Robert CHEVALLIER,**  
Directeur des Ressources Humaines  
Centre Hospitalier Blois

**Monsieur Jean-Louis FRUIT,**  
Directeur des Ressources Humaines  
Centre Hospitalier Régional Universitaire Lille

**Monsieur Claude HAUDIER,**  
Fédération Hospitalière de France

**Monsieur André HOGUET,**  
Syndicat CFTC

**Madame Françoise KALB,**  
Syndicat FNA Santé / UNSA

**Monsieur François MAURY,**  
Syndicat CFDT

**Monsieur Florus NESTAR,**  
Chef de bureau P1 – DHOS

**Monsieur Alain PARIS,**  
Syndicat FNA / UNSA – CHU Besançon

**Madame Bénédicte PEWZER,**  
Directrice des Services de Soins Infirmiers  
Directrice des Ressources Humaines – PSPH Saint Joseph

**Madame Nicole PIAZZA,**  
Syndicat CFE – CGC

**Madame Catherine PILLET-MOREELS,**  
Directrice d'hôpital, Chargée de mission projets sociaux  
Bureau P1 – DHOS

**Madame Florence QUIVIGER,**  
Syndicat SNCH

**Madame Geneviève ROUDIER,**  
Adjoint des cadres – Bureau P1 – DHOS

**Monsieur Jean-Marie TAUZIEDE,**  
Syndicat CFTC

**Monsieur Claude VIANDE,**  
Psychologue chargé de mission sur les questions sociales  
Maison blanche - Neuilly-sur-Marne

**Les personnes qui ont participé à la relecture :**

**Monsieur Olivier BACHELLERY,**  
Directeur d'hôpital, chargé de mission sur le secteur privé,  
DHOS, Bureau P1

**Monsieur Alain BRUGIÈRE,**  
Directeur des Ressources Humaines, Secrétaire Général,  
Centre Hospitalier Régional Universitaire, Strasbourg

**Madame Josette BIVILLE,**  
Sociologue, Psychologue, (chargée d'enseignements et  
d'accompagnements psychologiques d'équipes en milieux  
hospitaliers) Rouen

**Monsieur Jean-Yves CADET,**  
Directeur des services de soins infirmiers,  
Centre Hospitalier de Saint Quentin

**Monsieur Yann DUBOIS,**  
Directeur des Ressources Humaines,  
Centre Hospitalier d'Elbeuf

**Monsieur Yves DUBOURG,**  
Directeur des Ressources Humaines,  
Centre Hospitalier du Havre

**Monsieur Jean-Marie FESSLER,**  
Directeur des Etablissements MGEN

**Monsieur Benoit JEANNE,**  
Directeur d'hôpital, ANFH, Paris

**Monsieur Didier VANCOSTENOBLE,**  
Directeur, Centre Hospitalier, Dieppe

**Tous les Directeurs d'établissements qui ont permis à certains de leurs collaborateurs et agents d'apporter des exemples concrets afin d'enrichir le guide,**

**Tous les rédacteurs et chargés de missions des bureaux P1 et P2 de la DHOS qui ont apporté leur expertise dans les domaines qui les concernent.**

Ce guide est disponible sur les sites du ministère dans la rubrique publication de la DHOS :  
[www.sante.gouv.fr/index.htm](http://www.sante.gouv.fr/index.htm)  
[www.social.gouv.fr/index.htm](http://www.social.gouv.fr/index.htm)