



Projet social

2014-2017



Centre Hospitalier de **Saint-Denis**

*« La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des hommes :
il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. »*

Antoine de Saint-Exupéry

Sommaire

| | |
|--|------------|
| Préface | 5 |
| Contexte normatif | 6 |
| Périmètre du projet social | 7 |
| Bilan du précédent projet social | 8 |
| Etat des lieux RH | 10 |
| Problématisation et axes de travail | 14 |
| Méthodologie et calendrier | 15 |
| Le plan d'action | 21 |
| AXE 1 : Garantir la santé et la sécurité au travail de nos agents | 23 |
| • THEME 1 : Identifier et agir contre les risques professionnels | 25 |
| • THEME 2 : Renforcer l'action du Service de Santé au Travail | 33 |
| • THEME 3 : Optimiser la gestion des inaptitudes et du handicap | 43 |
| AXE 2 : Accompagner le développement professionnel des agents | 53 |
| • THEME 4 : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels | 55 |
| • THEME 5 : Développer les bonnes pratiques de management | 65 |
| • THEME 6 : Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences | 71 |
| • THEME 7 : Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH | 83 |
| AXE 3 : Améliorer la qualité de vie au travail et promouvoir un hôpital citoyen | 91 |
| • THEME 8 : Développer l'offre sociale à destination du personnel | 93 |
| • THEME 9 : Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital | 101 |
| • THEME 10 : Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire | 107 |
| Tableau de bord des fiches actions | 115 |
| Synthèse économique du projet social | 118 |
| Remerciements | 120 |
| Annexes | 121 |
| • Enquête préliminaire à la construction du plan d'action | 122 |
| • Format des fiches actions | 123 |
| • Composition des groupes de travail | 124 |

Préface

Faisant suite au projet médical, voici le deuxième maillon de la chaîne qui va nous conduire à renouveler progressivement notre projet d'établissement.

Pourquoi donc un nouveau projet social au Centre Hospitalier de Saint-Denis ?

Certes, il y a la loi qui fait du projet social une composante obligatoire du projet d'établissement. Mais l'obligation légale ne résume pas à elle seule l'importance de ce projet.

Produire un projet social, c'est d'abord interroger notre identité et nos valeurs communes. Quelles sont les spécificités de notre engagement ? Pourquoi avons-nous choisi de travailler dans un hôpital public, sur un territoire fragile comme le nôtre ? Ce projet doit être l'occasion de donner du sens à notre action collective en rappelant les principes forts qui gouvernent notre établissement : service public, laïcité, prise en charge de la précarité, ...

Construire un projet social, c'est ensuite reconnaître l'importance du personnel hospitalier comme garant de la qualité et de la sécurité des soins. C'est donc faire de leurs conditions de travail un enjeu central pour la réussite de notre établissement. Autrement dit, c'est faire le pari qu'en assurant la sécurité au travail, en accompagnant le développement professionnel de nos agents et en améliorant leur qualité de vie au sein d'un hôpital citoyen, nous développons aussi la qualité de notre prestation hospitalière.

Enfin, vous l'avez compris, le projet social n'a pas vocation à être un catalogue de bonnes intentions. Malgré les contraintes qui s'imposent à nous, ce projet doit se traduire dans les actes en apportant des réponses concrètes à des problématiques internes comme la lutte contre les risques professionnels, contre l'absentéisme ou encore la question de l'attractivité et de la fidélisation des personnels. C'est pourquoi le document décline un plan d'action précis qui, je l'espère, apportera des solutions concrètes. Ce plan d'action est le fruit d'une démarche participative qui a associé une grande diversité d'acteurs au sein de l'établissement, je remercie sincèrement tous les agents, ainsi que les organisations syndicales, qui ont œuvré à sa construction et je souhaite que ce projet puisse nous servir de feuille de route pour les trois années à venir.

Cordialement,

Yolande Di Natale





Contexte normatif

Article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique

Modifié par la Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 - art. 25

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

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement.

Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Manuel de certification de la Haute Autorité de Santé - V2010 - Partie 2 : Management des Ressources

➤ Référence 3 - La gestion des ressources humaines

✓ **Critère 3a** : Management des emplois et des compétences

✓ **Critère 3b** : Intégration des nouveaux arrivants

✓ **Critère 3c** : Santé et sécurité au travail

✓ **Critère 3d** : Qualité de vie au travail

Périmètre du projet social

Le projet social reprend le périmètre dessiné par l'article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique.



**Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*

Le Projet Social forme un des volets du Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il est cohérent avec les autres volets du Projet d'Etablissement. Il a vocation à concerner tous les agents de l'hôpital, titulaires et contractuels, personnels médicaux et non médicaux, quel que soit leur métier ou leur catégorie.

Le projet social se conçoit comme un plan global d'amélioration des conditions de travail au sens large. Il vise une gestion vertueuse des ressources humaines.

Cependant, le projet social ne recouvre pas l'intégralité de la politique de ressources humaines. Notamment, il ne traite pas des questions de statut et de rémunération qui relèvent davantage d'une gestion nationale. Il revêt des objectifs plus qualitatifs que quantitatifs. Il a donc un rôle d'accompagnement dans la gestion des ressources humaines. Il se conçoit comme une « plus-value » apportée à l'action quotidienne de la Direction des Ressources Humaines.

Par ailleurs, le projet social n'est pas uniquement le projet de la Direction des Ressources Humaines mais bien un projet transversal sur tout l'établissement. En effet, il associe des acteurs nombreux et variés au sein de l'hôpital, que ce soit dans sa phase de construction ou dans sa phase de mise en œuvre.

Bilan du précédent projet social

Un projet social ambitieux a couvert la période 2010-2013 ; il comportait un plan d'action construit en trois thèmes et dix actions. Avant d'initier un nouveau projet, il nous semblait important d'effectuer un bilan du précédent.

| Thème 1 : Favoriser les échanges, la communication et l'accueil | | Taux de réalisation |
|---|--|---|
| Action 1 | Accueillir les nouveaux arrivants |  50% |
| Action 2 | Décloisonner et multiplier les liens inter et intra services pour favoriser la solidarité |  50% |
| Action 3 | Développer les prestations sociales / logements / conciergerie etc... |  80% |
| Action 4 | Diffuser les règles et les procédures en matière de ressources humaines afin de garantir la transparence et la fiabilité des informations et des engagements |  30% |

| Thème 2 : Préserver la santé et la qualité de vie au travail | | Taux de réalisation |
|--|--|--|
| Action 5 | Anticiper et gérer les inaptitudes professionnelles |  100% |
| Action 6 | Identifier et prévenir les causes d'absentéisme |  50% |
| Action 7 | Définir les missions et mettre en place une cellule pluridisciplinaire de santé au travail |  80% |

| Thème 3 : Accompagner les parcours professionnels | | Taux de réalisation |
|---|---|---|
| Action 8 | Clarifier et développer une politique de parcours |  30% |
| Action 9 | Déployer l'évaluation et les référentiels de compétences |  40% |
| Action 10 | Valoriser l'activité, les responsabilités et les contributions des cadres |  50% |

Ce bilan général, réalisé à l'occasion du rapport d'activité 2013, permet de constater qu'une dynamique forte a été enclenchée dans chacune des 10 thématiques. Il nous permet également de déterminer les actions non réalisées qui devront être reconduites ou accentuées dans le nouveau projet.

Par ailleurs, en parcourant le précédent projet social, une analyse approfondie des difficultés rencontrées nous a permis de faire un certain nombre de constats :

- ✓ L'importance d'une méthodologie participative dans la construction du projet
- ✓ La nécessité d'une volonté institutionnelle durable qui porte dans le temps les différents projets
- ✓ La nécessité d'identifier un responsable de la mise en œuvre pour chaque fiche action
- ✓ La nécessité de mettre en place des indicateurs de suivi de la réalisation des fiches actions
- ✓ La nécessité de se fixer des objectifs précis et réalistes

Ces constats nous ont permis de faire évoluer notre démarche et notamment de revoir le format des fiches actions (*cf. Annexe*).

Les divers acteurs de l'hôpital ont été largement associés à la construction du nouveau projet social. Les différents groupes de travail étaient ouverts à toutes les catégories, tous les métiers de l'hôpital et ont laissé la place aux organisations syndicales qui le souhaitaient.

L'accent a été mis sur la désignation de personnes responsables de la mise en œuvre pour chaque fiche action, ceci dans le but de s'assurer que la réalisation de la fiche action soit bien pilotée par un acteur identifié dans les années à venir.

Par ailleurs, une précision toute particulière a été accordée aux indicateurs de mesure de la réalisation pour assurer un suivi précis et quantifiable du niveau de réalisation de chaque fiche action.

Enfin, nous avons tenté de proposer des fiches actions avec des objectifs à la fois précis et réalistes qui évitent, dans la mesure du possible, les grandes déclarations d'intention.

ATOUTS

- Un service de santé au travail pluridisciplinaire présent sur site
- Dispositif handicap/ convention FIPHFP
- Une offre sociale variée pour le personnel
- Une politique de développement professionnel
- Une cellule qualité et gestion des risques
- Un service de la communication tourné vers les agents
- Sentiment d'appartenance

DIFFICULTES

- Difficulté à attirer et fidéliser les professionnels
- Risques professionnels associés aux métiers hospitaliers
- Difficultés à gérer les inaptitudes
- Difficultés sociales du personnel
- Difficultés du territoire
- Absentéisme fort
- Difficultés d'accès à l'information institutionnelle pour les agents
- Structure multi sites (Casanova, CMP)

Service de Santé au Travail (SST)

Le service de santé au travail est une équipe pluridisciplinaire constituée de deux médecins, d'une infirmière, d'une secrétaire et d'une psychologue du travail et ergonomiste. Le CHSD a fait le choix de faire appel à des ressources propres en interne pour assurer le suivi médical des agents et la prévention des risques professionnels.

Dispositif handicap et convention FIPHFP

Depuis 2013, une convention a été signée avec le FIPHFP qui a permis de dégager des financements (environ un million d'euros sur trois ans) pour nos agents travailleurs handicapés (bénéficiaires de l'obligation d'emploi de 6%). Les mesures financées sont les suivantes : tutorat, formation, bilan de compétence, achat de matériel adapté, études ergonomiques. Un Référent handicap a également été désigné pour piloter la convention.

En parallèle, l'accent a été mis sur la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pour nos agents afin de les faire bénéficier des aides offertes par la convention FIPHFP.

Offre sociale à destination du personnel

Parallèlement à la prise en charge médicale, le CHSD s'engage dans une prise en charge sociale de son personnel et met à sa disposition un certain nombre de prestations :

- ✓ Une assistante sociale du personnel, à temps plein
- ✓ Un parc de 101 logements existe sur le site Delafontaine et permet à certains de nos agents de se loger à des tarifs très avantageux. L'attribution des logements est gérée par l'assistante sociale du personnel.
- ✓ Une crèche du personnel est mise à la disposition des agents et une partie des places sont accessibles sur critères sociaux. Cette offre permet à de nombreux agents de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle.
- ✓ Des tarifs solidaires ont été mis en place au self du personnel depuis octobre 2012. Ce nouveau système de tarification a introduit des variations dans le prix des plats selon le niveau de rémunération des agents. Plus leur rémunération est faible, moins le prix du repas est élevé. C'est une façon de développer la solidarité entre les agents du CHSD puisque la baisse des tarifs pour les salaires les plus bas est financée par la hausse des tarifs pour les salaires les plus élevés.
- ✓ Le CGOS : Le Comité de Gestion des Œuvres Sociales a pour mission de mettre en œuvre et de gérer l'action sociale en faveur des agents en activité ou retraités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il propose notamment des prestations sociales, des aides remboursables (ou non) pour faire face à des contraintes ponctuelles, des activités culturelles, sportives et de loisirs.

Une politique de développement professionnel

Chaque année un plan de formation est mis en place avec un budget d'environ 1 500 000 €.

Ce plan répond à des objectifs réglementaires et institutionnels d'adaptation à l'emploi et au poste de travail. Il intègre notamment les orientations nationales de DPC, les critères de la certification de la HAS, les priorités du projet d'établissement, etc.

Mais le plan accompagne aussi les projets individuels des agents et notamment les projets de promotion professionnelle. En effet chaque année, plus de 70% du budget formation est consacré à la promotion professionnelle. Ce sont chaque année une quarantaine de personnes qui suivent des formations longues et diplômantes (DE Infirmier, DE Aide-soignant, DE Cadre de santé, ...) qui leur permettent de progresser vers un nouveau métier et un nouveau grade.

La communication interne et l'accessibilité de l'information institutionnelle

Le service de la communication œuvre en interne pour diffuser le plus largement possible une information fiable et de qualité aux agents de l'établissement. Des médias comme le magazine *Entrenous* font aujourd'hui partie de notre culture commune.

Malgré tout, il est à noter que l'information institutionnelle reste parfois difficilement accessible pour les agents, notamment dans les services de soins où les agents n'ont que très rarement accès à un poste informatique.

Or l'accès à cette information est un enjeu crucial pour les agents. Comment se repérer, agir et évoluer dans un contexte professionnel si l'on en ignore les règles et les procédures ? Comment permettre l'épanouissement des agents si les informations clés qui les concernent ne sont pas accessibles de manière simple et transparente ?

Sentiment d'appartenance

Le CHSD demeure une structure familiale à taille humaine où le sentiment d'appartenance est important. De nombreux agents ont des membres de leur famille parmi le personnel et un certain nombre d'agents ont effectué une longue carrière dans l'établissement.

Ce sentiment d'appartenance est une force évidente pour l'établissement. Il est facteur de motivation des équipes mais il est aussi un élément de bien-être au travail. Ce sentiment d'appartenance est renforcé par un ensemble d'événements qui font de l'hôpital, non seulement un lieu de travail, mais aussi un lieu de vie convivial : soirée du personnel, Noël des enfants, cérémonie de remise des médailles... Avec l'augmentation des effectifs à l'échelle de l'établissement, il nous faut veiller à conserver cette cohésion et cette convivialité au travail.

Attractivité et fidélisation

Le CHSD rencontre des difficultés pour attirer et fidéliser les personnels. Dans certains cas, cela tient à la situation tendue propre au marché du travail. Dans d'autres cas, cela tient à la situation particulière du Centre Hospitalier de Saint-Denis (contexte socioéconomique, image véhiculée par les médias, ...).

Nous rencontrons des difficultés notamment sur les filières soignantes, médico techniques et de rééducation : infirmier(e)s spécialisé(e)s, cadres de santé, manipulateurs en électro radiologie, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et ergothérapeute.

Sur ces métiers, nous subissons également la concurrence du secteur privé qui est souvent plus attractif sous l'angle de la rémunération.

La qualité et la sécurité de soins dépend en grande partie de notre capacité à attirer et conserver ces agents dans notre établissement.

Risques professionnels associés aux métiers hospitaliers

Les métiers hospitaliers sont, pour une partie, des métiers contraignants physiquement et parfois psychologiquement. En complément des travaux du CHSCT, la cellule qualité et gestion des risques a pour mission d'identifier les risques professionnels via le Document unique et de mettre en place des actions correctives appropriées.

La cellule qualité et gestion des risques a piloté la signature d'un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) autour de la prévention des Troubles Musculo Squelettiques (TMS). L'hôpital a obtenu le financement de 293 tapis de rehaussement. Ces tapis sont des outils permettant de valoriser les capacités de mouvement du patient tout en limitant les efforts des soignants, ce qui permet de réduire le risque de TMS.

Sur le champ des risques psycho-sociaux (RPS), on mentionnera l'arrivée récente d'une psychologue du travail qui aura pour mission d'identifier, de prévenir et de mettre en place des actions de lutte contre les RPS.

Cette psychologue du travail dispose d'une double compétence puisqu'elle est qualifiée en ergonomie et interviendra donc dans des études de postes et sera amenée à proposer des adaptations de poste pour certains agents souffrant de troubles musculo-squelettiques.

Sur le champ des conduites agressives et des malveillances, on peut citer l'action du service de sécurité qui rémunère 19,97 équivalents temps plein. Ces agents restent particulièrement mobilisés pour anticiper et prévenir ce genre de situation et assurer la sécurité de notre personnel sur son lieu de travail.

Difficultés à gérer les inaptitudes

De nombreuses inaptitudes (ou restrictions d'aptitudes) prononcées par la médecine du travail nous mettent en difficulté pour maintenir dans l'emploi les agents concernés. Les solutions de reclassement sont peu nombreuses et les marges de manœuvre très limitées.

Néanmoins, un groupe de travail pluridisciplinaire, le GIRE (Groupement Interprofessionnel pour le Retour à l'Emploi) se réunit tous les deux à trois mois pour tenter d'apporter des solutions aux cas individuels les plus complexes. Ce groupe de travail est composé de différents membres de la DRH et de la direction des soins, de la médecine du travail, de l'assistante sociale du personnel et de la psychologue du travail.

Difficultés sociales de notre personnel

Le Centre Hospitalier recrute principalement sur le bassin d'emploi local. Notre personnel est donc à l'image des difficultés de notre territoire, marqué par une certaine précarité. Un certain nombre d'agents traverse des difficultés de vie qui ont un impact direct dans le cadre de leurs fonctions, des difficultés de vie qui peuvent mener à un désengagement progressif du cadre professionnel.

C'est dans cette optique que le Centre Hospitalier de Saint-Denis s'est adjoint les services d'une Assistante sociale du personnel, à temps plein, chargée du suivi social des agents. Son activité est complétée par une conseillère en économie sociale et familiale qui intervient un jour toutes les deux semaines.

Le suivi social des agents est le complément nécessaire du suivi médical.

L'absentéisme

L'absentéisme est fort au CHSD. Quel qu'en soit l'analyse qui en est faite, il est clair que le phénomène est multifactoriel. Ce phénomène a un coût élevé pour l'établissement et il désorganise profondément le fonctionnement des services. La lutte contre l'absentéisme est donc un enjeu majeur pour l'hôpital.

| | Maladie ordinaire | Part dans le taux global | AT/MP | Part dans le taux global | CLM/CLD | Part dans le taux global | Maternité | Part dans le taux global | taux absentéisme |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|
| Base nationale 2012 (1) | 3.4% | 45.9% | 1.0% | 13.5% | 1.5% | 20.3% | 1.5% | 20.3% | 7.4% |
| CHSD 2012 | 3.9% | 37.6% | 1.8% | 17.5% | 3.0% | 29.2% | 1.7% | 16.3% | 10.4% |
| écart | 14.8% | | 81.4% | | 102.0% | | 12.8% | | 40.4% |

(1) : Source : Analyse des Bilans sociaux des établissements de santé publics à fin 2012 (ATIH)

Le taux d'absentéisme du CHSD est supérieur (+40%) au taux national qui ressort de l'analyse des Bilans sociaux des établissements de santé publics à fin 2012 faite par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

Structure multi sites

Le Centre Hospitalier de Saint-Denis est une structure multi sites. En effet, à côté du site principal de l'hôpital Delafontaine se trouve l'hôpital Casanova ainsi que plusieurs Centres Médico Psychologiques.

L'éloignement de ses différentes structures génère naturellement des difficultés en termes de logistique et de circulation de l'information. Cela interroge la possibilité pour nous de faire vivre une culture commune, partagée à l'échelle de l'établissement.

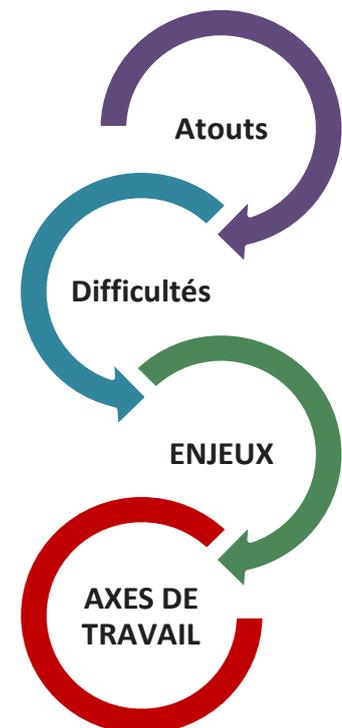
Problématisation et axes de travail

L'état des lieux proposé n'a pas vocation à être exhaustif, il ne vise qu'à mettre en évidence certains points forts qui doivent être développés, consolidés ; et quelques points faibles qui doivent être améliorés, comblés.

Cette analyse rapide nous permet donc de soulever un certain nombre d'enjeux pour l'établissement qui ont vocation à devenir des axes de travail pour nous.

Les enjeux soulevés

- ➔ Comment renforcer le sentiment d'appartenance au CHSD ?
- ➔ Comment donner du sens à notre action collective ?
- ➔ Comment faire de notre établissement un lieu de vie agréable et convivial ?
- ➔ Comment prolonger et accentuer l'action du Service de santé au travail ?
- ➔ Comment lutter plus efficacement contre les risques professionnels ?
- ➔ Comment lutter contre l'absentéisme ?
- ➔ Comment mieux attirer et mieux fidéliser les personnels dont nous avons besoin ?
- ➔ Comment offrir à nos agents de vrais parcours professionnels de leur entrée à leur sortie de l'établissement ?
- ➔ Comment entrer dans une vraie logique de GPMC ?
- ➔ Comment renforcer la formation continue des agents ?
- ➔ Comment développer l'accessibilité de l'information institutionnelle pour les agents ?
- ➔ Comment développer la proximité de l'action de la DRH et sa transparence ?
- ➔ Comment assurer une gestion plus efficace des ressources humaines et donc comment améliorer nos modes et processus de travail ?
- ➔ Comment mieux accompagner nos agents les plus fragiles socialement ?
- ➔ Comment les aider à concilier vie professionnelle et vie privée ?

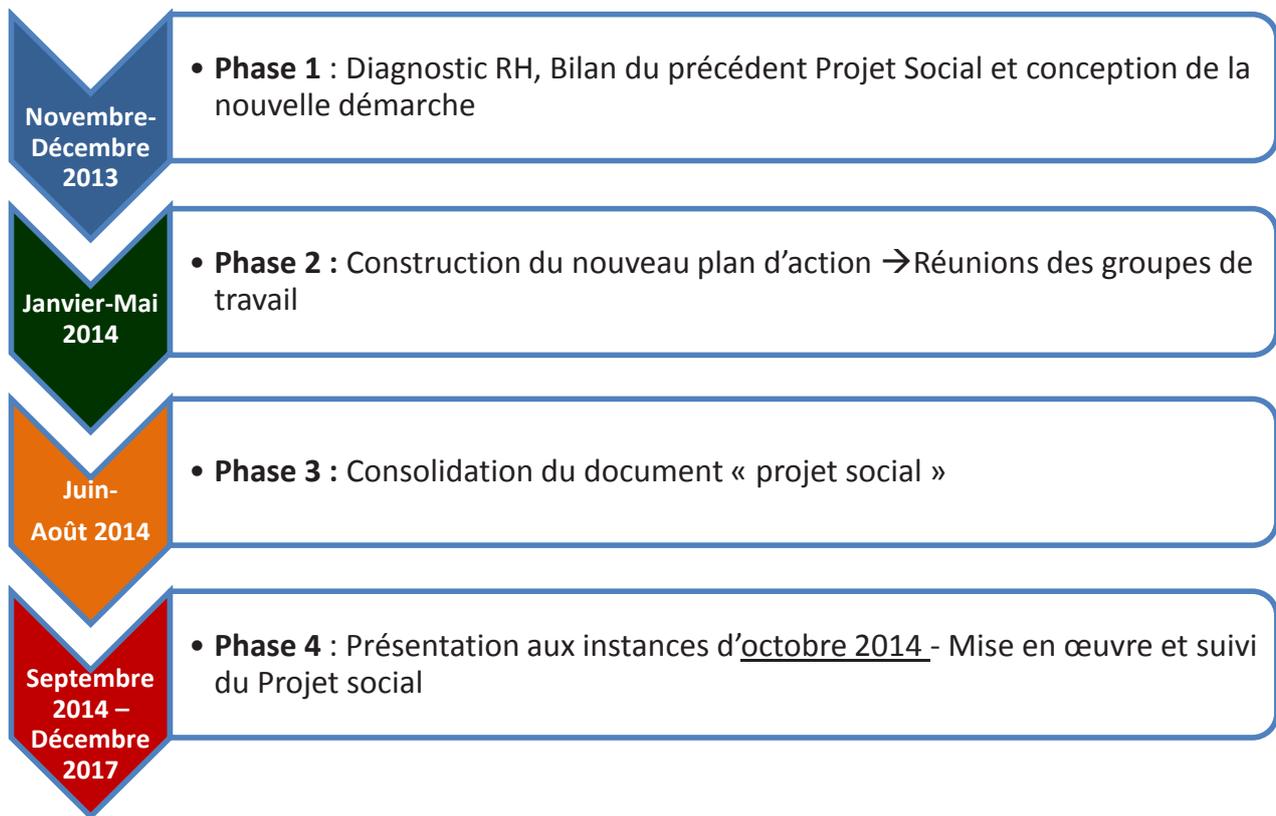


Toutes ces interrogations sont autant d'enjeux forts pour l'établissement. Ces enjeux peuvent être rassemblés et traités en **trois grands axes de travail** :

- ❖ Garantir la santé et la sécurité au travail de nos agents : c'est la base du projet social.
- ❖ Accompagner le développement professionnel des agents : c'est la plus-value qualitative apportée à la gestion de la DRH.
- ❖ Améliorer la qualité de vie au travail et promouvoir un hôpital citoyen : c'est aller encore plus loin pour développer le bien-être au travail.

Les différentes phases du projet

La conception du nouveau projet social s'est déroulée entre novembre 2013 et l'été 2014.



Ce projet a été conçu comme une œuvre collective qui s'appuie sur une méthodologie participative.

Phase 1 : Diagnostic et conception de la nouvelle démarche

Une première phase de diagnostic et de bilan a eu lieu au niveau de la DRH. Elle s'est appuyée sur une réflexion stratégique, sur une étude comparative d'autres projets d'établissement, sur l'analyse des grandes données RH à notre disposition (via le bilan social, le rapport de la médecine du travail et le rapport d'activité notamment), sur les résultats de notre visite de certification et enfin sur le bilan du précédent projet.

Une enquête d'opinion a également été menée parmi un groupe de personnes volontaires (23 agents) pour prioriser les thèmes du projet social en préparation. Les résultats (*cf. Annexe*) ont permis de faire ressortir trois thèmes jugés prioritaires dans le cadre du projet social : l'attractivité et l'intégration des nouveaux professionnels, le développement des bonnes pratiques de management et la lutte contre les risques professionnels.

Phase 2 : construction du nouveau plan d'action

Cette phase s'est appuyée sur les travaux de dix groupes de travail chargés de développer chacun une liste de fiches actions en lien avec leur thématique. L'ensemble des travaux de groupe consolidé devait constituer le nouveau plan d'action pour l'établissement.

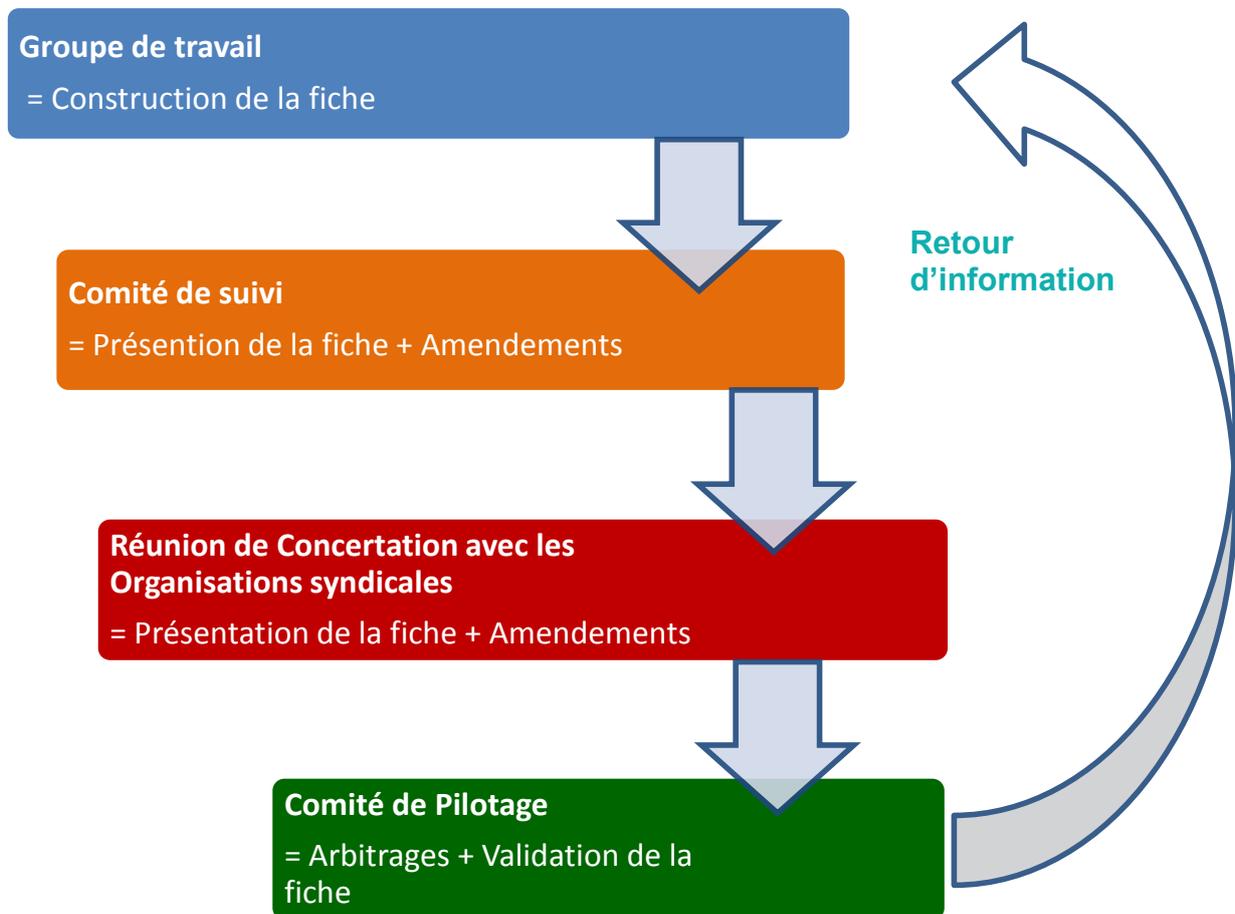
- ✓ **GROUPE 1** : Identifier et agir contre les risques professionnels
Pilote : D.Boucher
- ✓ **GROUPE 2** : Renforcer l'action du Service de Santé au Travail
Pilotes : F.Vaussy et J.Valensi
- ✓ **GROUPE 3** : Optimiser la gestion des inaptitudes et du handicap
Pilotes : V.Terrine et N.Garceran
- ✓ **GROUPE 4** : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels
Pilote : B.Dorland
- ✓ **GROUPE 5** : Développer les bonnes pratiques de Management
Pilotes : M. Fournier et F.Vaussy
- ✓ **GROUPE 6** : Développer la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
Pilote : S.Boscher
- ✓ **GROUPE 7** : Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH
Pilote : A.Taleb
- ✓ **GROUPE 8** : Développer l'offre sociale à destination du personnel
Pilote : E.Rousseau
- ✓ **GROUPE 9** : Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital
Pilote : C.Vauconsant
- ✓ **GROUPE 10** : Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire
Pilote : A.Dognon

La participation aux groupes s'est faite sur la base du volontariat, suite à un appel à candidature diffusé dans tout l'établissement. Les dix groupes de travail, animés chacun par un pilote, ont travaillé de manière autonome et se sont réunis en moyenne trois fois entre janvier et mai 2014. Ces groupes étaient ouverts à tous les métiers et catégories de l'hôpital. Les organisations syndicales étaient également invitées à participer.

Une importance particulière a été accordée au format-type des fiches actions (*cf. Annexe*) qui a permis de normer les travaux. L'objectif était d'obtenir un résultat homogène entre les différents groupes. Par rapport au précédent projet social, l'accent a été mis sur la désignation de responsables de la mise en œuvre pour chaque fiche action et sur la proposition d'indicateurs de mesure de la réalisation.

Les travaux des groupes ont été amendés, enrichis et corrigés suivant un dispositif précis : d'abord par le Comité de suivi, puis par les organisations syndicales et enfin, par le Comité de pilotage, instance décisionnelle du dispositif.

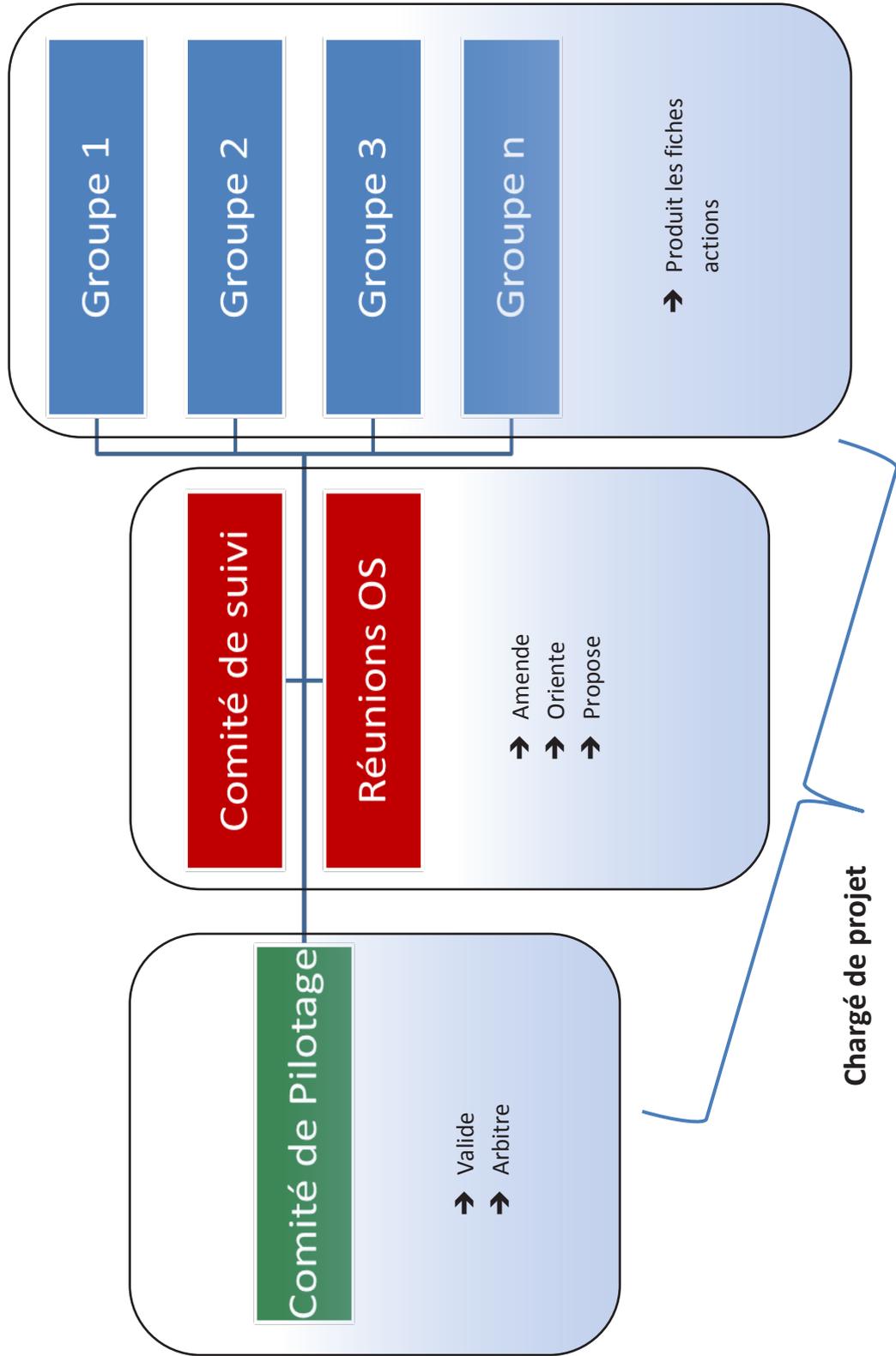
Trajet d'une fiche action



Les acteurs du dispositif

| Instance/Acteur | Compétence | Composition |
|---|---|--|
| Comité de Pilotage (COPIL) | Valide. Décide. | Directrice Générale DRH Représentant médical Directeur des Finances Directeur des soins Responsable Qualité Directrice de la Communication Chargé de Projet |
| Chargé de Projet | Coordonne les différents acteurs du projet. | Attaché de la DRH |
| Comité de suivi | Suit, amende et oriente les travaux des groupes de travail. | Chargé de Projet Représentant RH + Les Pilotes des Groupes de travail |
| Réunion de concertation avec les Organisation Syndicales | Suit l'avancée du Projet. Amende et oriente les fiches actions produites par les Groupes de Travail. | DRH Chargé de Projet + Représentants syndicaux |
| Pilote de Groupe | Anime et coordonne les travaux de son Groupe de Travail. S'assure de la qualité du rendu et du respect du calendrier. Présente les travaux de son groupe devant le Comité de suivi. | Désigné en amont. Personne dont la compétence reconnue est en lien direct avec le thème. |
| Groupe de Travail | Produit des Fiches Action en lien avec la thématique du Groupe. | Il est composé suite à un appel à candidature. Il est ouvert à tous. Il ne dépasse pas les 10 personnes dans un souci d'efficacité des travaux. |
| Responsable de la mise en œuvre | S'assure de la mise en œuvre de la fiche Action en Phase 4. | Personne désignée par le groupe, dont la compétence reconnue est en lien avec les objectifs de la fiche action |

L'organigramme du projet





Phase 3 : consolidation du document « projet social »

Des allers retours ont été nécessaires entre la Direction des Ressources Humaines et les Pilotes des groupes pour affiner et harmoniser le contenu des fiches action. Les travaux des groupes ont été ensuite centralisés et intégrés au document qui allait devenir le Projet social.

Cette phase a nécessité un travail de rédaction important et un travail de chiffrage pour construire le budget prévisionnel associé au projet. Enfin, un temps important a été consacré à la mise en page du document final.

Phase 4 : mise en œuvre et suivi

Le projet social a l'ambition de créer une dynamique d'ensemble sur l'établissement, il n'a donc pas vocation à rester lettre morte, il doit se traduire dans les actes.

A cette fin, des responsables de la mise en œuvre ont été désignés dans chaque fiche action. Ces interlocuteurs désignés devront s'assurer de la réalisation des fiches actions dont ils sont responsables. La Direction des Ressources Humaines restera motrice pour impulser un mouvement d'ensemble.

Le CTE assurera le suivi de la réalisation du Projet social annuellement en s'appuyant sur les indicateurs de mesure qui ont été définis dans les fiches actions. Cela permettra un suivi précis et quantifiable de la réalisation. Les pilotes de groupe coordonneront la remontée d'information à destination du CTE.

La place des organisations syndicales

Les partenaires sociaux ont été associés du début à la fin de la démarche :

En Phase 1, les organisations syndicales ont été sollicitées pour des réunions préparatoires afin de recueillir leurs attentes vis-à-vis du Projet Social.

En Phase 2, elles ont été informées et consultées lors des deux réunions de concertations, où elles ont pu proposer des modifications ou de nouvelles Fiches Actions.

Parallèlement, à titre individuel, les représentants syndicaux ont pu intégrer les groupes de travail. Les partenaires sociaux étaient ainsi représentés dans six des dix groupes.

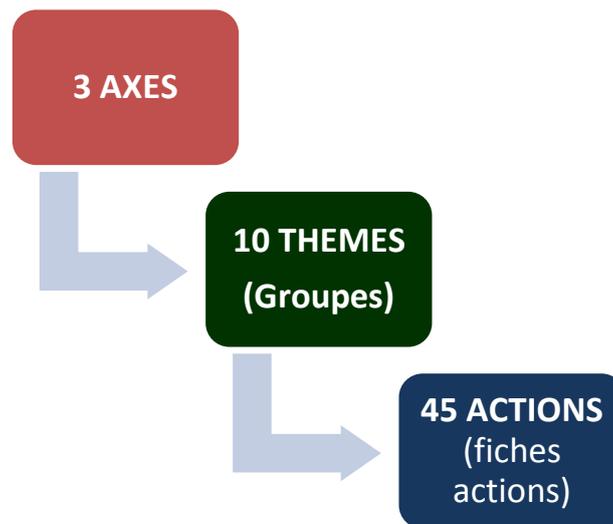
En Phase 4, les organisations syndicales sont associées via le CTE pour le suivi de la mise en œuvre du Projet Social comme prévu à l'article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique.

Le plan d'action

Le plan d'action se matérialise par un ensemble de fiches actions qui s'inscrivent dans un calendrier prévisionnel. Il est réparti en 3 axes et 10 thèmes qui réunissent un total de 45 fiches actions.

Le plan d'action répond aux différents enjeux mis en évidence dans la phase de diagnostic. Il est également le produit de la réflexion des groupes de travail.

L'accent a été mis sur des actions réalistes, concrètes et mesurables.



Les trois axes de travail sont rattachés à la référence 3 (critères 3-a-b-c-d) du manuel de certification V2010 de la HAS.

AXE 1 : Garantir la santé et la sécurité au travail de nos agents

➤ Critère 3c – HAS Manuel V2010

THEME 1 : Identifier et agir contre les risques professionnels

THEME 2 : Renforcer l'action du Service de Santé au Travail

THEME 3 : Optimiser la gestion des inaptitudes et du handicap

AXE 2 : Accompagner le développement professionnel des agents

➤ Critère 3a et 3b – HAS Manuel V2010

THEME 4 : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels

THEME 5 : Développer les bonnes pratiques de Management

THEME 6 : Développer la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

THEME 7 : Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH

AXE 3 : Améliorer la qualité de vie au travail et promouvoir un hôpital citoyen

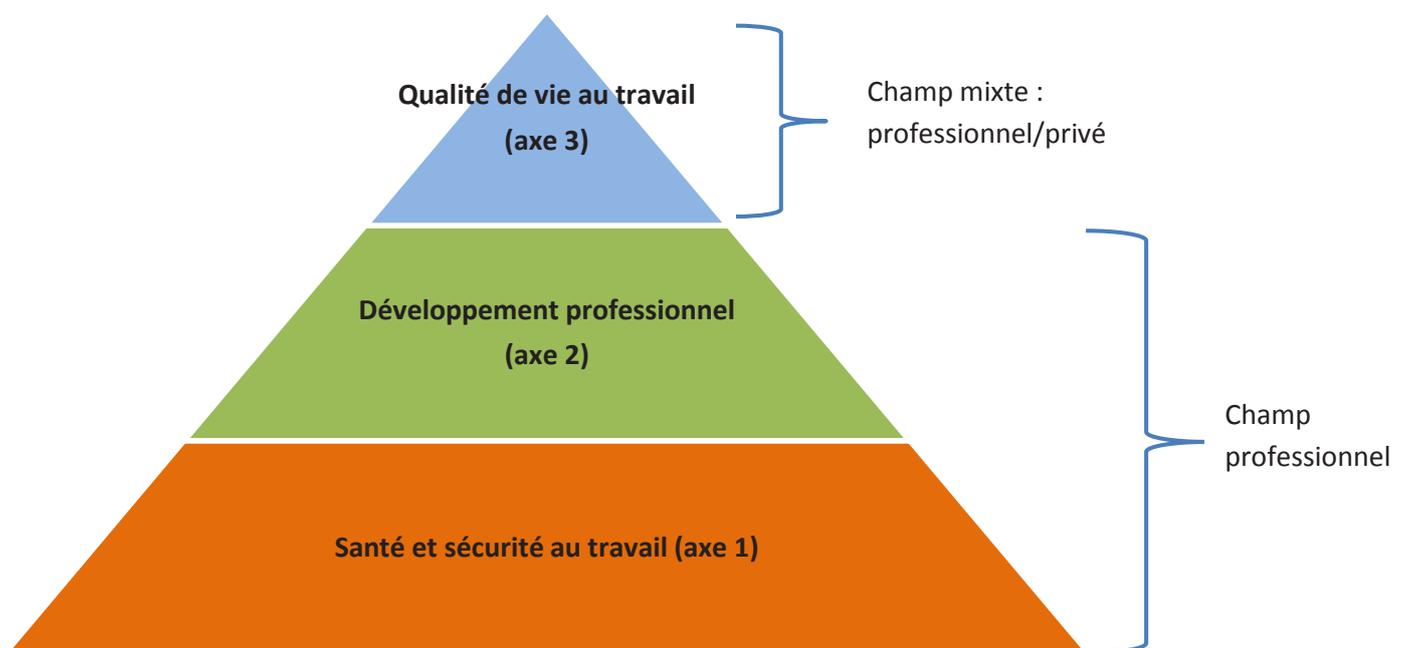
➤ Critère 3d– HAS Manuel V2010

THEME 8 : Développer l'offre sociale à destination du personnel

THEME 9 : Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital

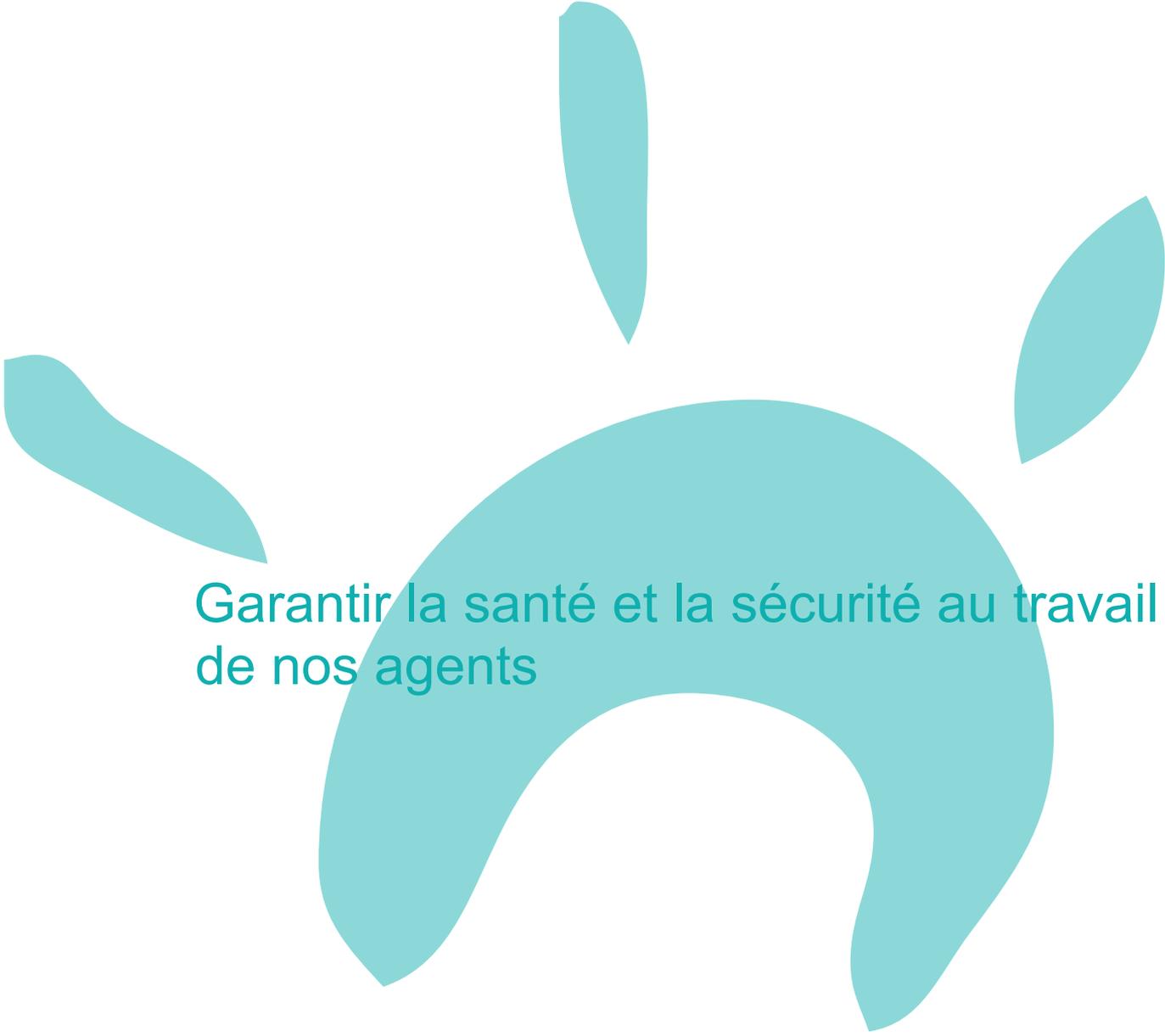
THEME 10 : Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire

En reprenant la modélisation d'*Abraham Maslow*, on peut noter que les trois axes suivent une progression croissante : des besoins de base (être en santé, être en sécurité au travail) vers des besoins plus élaborés (avoir des perspectives de développement professionnel, être intégré dans une équipe, ...) jusqu'à atteindre des besoins relevant davantage d'un épanouissement personnel (travailler dans une structure conviviale et citoyenne, mieux concilier vie privée et vie professionnelle).



Le projet social a donc pour objectif de satisfaire plusieurs niveaux de besoin : les besoins élémentaires de sécurité qui demeurent une priorité, les besoins professionnels de développement de carrière et d'intégration dans une équipe et enfin le besoin qui constitue le « supplément d'âme » de ce projet : le besoin d'accomplissement au travail et de sens donné à l'action collective.

AXE 1



Garantir la santé et la sécurité au travail
de nos agents



Projet social
2014-2017

THEME 1 : Identifier et agir contre les risques professionnels

Objectifs et enjeux

L'identification et la maîtrise des risques professionnels est, en dehors d'une obligation réglementaire, un enjeu important pour le CHSD. Effectivement les risques professionnels peuvent être à l'origine d'accidents du travail et de maladies professionnelles qui peuvent générer des problématiques de santé durables pour les agents. Ils sont donc une cause d'absentéisme ayant des conséquences sur l'organisation du travail et la qualité de la prise en charge des patients. Par ailleurs, on ne peut négliger l'impact financier de cet absentéisme. Dans le cadre de l'écriture d'un nouveau projet social, le groupe de travail n° 1 devait réfléchir sur les actions préventives à mettre en place.

Méthodologie

Le groupe de travail était constitué du médecin du travail, de l'infirmière du travail, de la psychologue du travail, du référent en Trouble Musculo-squelettiques, de la conseillère juridique, de représentants syndicaux, de soignants et des membres de la Cellule Qualité et Gestion des Risques. Il s'est réuni 5 fois avec, lors d'une séance, la participation du directeur des affaires économiques.

Un tour de table a permis d'identifier différents axes de travail. Le premier et le plus important tourne autour du document unique et du plan d'action devant en découler. Un autre axe a été identifié autour de l'implication du personnel sur le choix, dans sa composante ergonomique, de matériels ou d'équipements.

Le document unique : état de l'existant et perspectives envisagées

Le premier document unique de l'établissement date de 2006. Une première actualisation a été réalisée en 2008. Consécutivement à ces rédactions, des programmes annuels de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT) ont été réalisés et des contrats annuels pour l'amélioration des conditions de travail (CLACT) ont été signés avec nos tutelles. Ces PAPRIPACT et CLACT ont permis de nombreuses réalisations pour améliorer les conditions de travail. A ce titre, le dernier CLACT a permis la formation d'un référent en Trouble Musculo-squelettiques et l'acquisition de tapis de rehaussement, de matelas de transfert et de timons électriques pour la manipulation des chariots dans le cadre de la lutte contre les TMS. En 2013 une nouvelle réactualisation du document unique a été initiée. Une réflexion simultanée sur l'amélioration de sa forme a permis de noter, entre autre, une insuffisance quant à la détection des Risques Psycho-Sociaux. Le travail débuté par la psychologue du travail n'a pas été mené à terme du fait de son départ.

Le DU 2013 a permis de réaliser un PAPRIPACT avec plusieurs axes prioritaires. L'un de ces axes concerne les risques de violences verbales et physiques encourus par les agents. A ce titre, la conduite à tenir en cas d'agression du personnel sur site a été rédigée, présentée au CHSCT et diffusée.

L'ensemble de ces données a permis de déterminer 4 fiches actions qui répondent à la fois aux problématiques centrales mises en exergues par le DU et aux enjeux méthodologiques de construction du DU :

- Action 1.1. Mieux intégrer les Risques psycho-sociaux dans notre cartographie des risques
- Action 1.2. Développer l'action du Référent en Troubles Musculo-squelettiques
- Action 1.3. Accompagner les agents face aux incivilités et aux conduites agressives
- Action 1.4. Améliorer l'élaboration du document unique

Procédure d'achat et enjeux ergonomiques

Actuellement, lors des choix de marché, les services économiques demandent systématiquement l'avis des utilisateurs. Cependant, il semble que les interlocuteurs ne soient pas toujours les personnes les plus confrontés à l'utilisation du matériel. Par ailleurs, les critères ergonomiques ne sont pas toujours pris en compte.

Ainsi, une nouvelle fiche action est rédigée :

- Action1.5. Associer le personnel concerné au choix de matériels et d'équipements

Fiche Action 1.1

Mieux intégrer les Risques psycho-sociaux dans notre cartographie des risques (Document Unique)

Responsable de la mise en œuvre : Karima LABSSIR

1. Objectifs - Résultat attendu

Améliorer la prise en compte et la prévention des risques psycho-sociaux

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Définir les risques psycho sociaux et les indicateurs pertinents

Etape 2 : Identifier les situations à risques (cartographie) et inventorier les procédures en places (préventives et correctives) pour réduire les risques

Etape 3 : Rédiger les plans d'action

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Quelle méthodologie retenir ?

4. Acteurs

- psychologue du travail
- gestionnaire des risques
- RH
- Médecine du travail

5. Rôle

- étape 1, 2,3
- surtout étape 2
- apport de données statistiques
- apport de données statistiques + étape 3

6. Moyens humains

- temps de travail pour la psychologue du travail, la gestionnaire des risques, les médecins du travail, les membres du CHSCT
- proposition de stage à un master2 santé sécurité au travail

7. Moyens matériels et financiers

- Lieu et matériel pour travailler, indemnité de stage (430€ / mois)

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Existence d'un plan d'action dans le but de réduire les RPS identifiés dans le Document Unique (DU)

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Cartographie des RPS élaborée

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Réactualisation annuelle du Document Unique

Fiche Action 1.2

Développer l'action du Référent en Troubles Musculo-squelettiques

Responsable de la mise en œuvre : Pierre GODENER

1. Objectifs - Résultat attendu

Accompagnement de la démarche de prévention des TMS.

Intégration des outils d'aide à la manutention dans le soin de manutention. Mise en place et utilisation du matériel d'aide au portage.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Définir et former les référents tapis, former en interne le personnel d'encadrement et les médecins du travail

Etape 2 : Définition des besoins et recensement du matériel d'aide à la manutention dans les services

Etape 3 : Formation des soignants des services ciblés à l'utilisation des outils d'aide à la manutention, introduction de ces outils

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

- Réalisation des formations : mobilisation et disponibilité du personnel
- Utilisation du matériel: résistance au changement

4. Acteurs

- référent TMS
- référents tapis
- DRH, médecine du travail et ergonome

5. Rôle

- pilote du projet, acteur à toutes les étapes
- étape 3 : formation et accompagnement
- apportent des données statistiques sur les TMS pour ciblage et suivi de la démarche

6. Moyens humains

- 30% de temps effectif dédié au référent TMS
- reconnaissance du travail des référents tapis

7. Moyens matériels et financiers

- ordinateur portable
- commande des outils de glisse via la convention mandat de l'ARS
- commande d'outils d'aide à la manutention suite à l'étude des besoins

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Utilisation des outils d'aide à la manutention
- Traçabilité des soins de manutention

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- distribution de 50% des outils d'aide à la manutention

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Pérenniser les formations sur les outils et la démarche, afin de former les nouveaux agents

Renouvellement du matériel en fonction de son usure et de sa pertinence

Fiche Action 1.3

Accompagner les agents faces aux incivilités et aux conduites agressives

Responsable de la mise en œuvre : Céline BOURSEAU

1. Objectifs - Résultat attendu

Accompagnement systématique de tous les agents faces aux incivilités et aux conduites agressives

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Large diffusion de la conduite à tenir en cas d'agression de personnel sur site (GED, note de service, affichage sous forme synthétique, article dans Entre nous. Information sur les formations existantes et proposition de nouvelles (par exemple self-défense)

Etape 2 : Mise en application (en responsabilisant l'ensemble des intervenants si nécessaire)

Etape 3 : Evaluation de la qualité de la prise en charge et suivi d'indicateurs

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

- Sous déclaration des incidents
- Méconnaissance des bénéfices attendus à la déclaration

4. Acteurs

- la DRH et la communication
- Tous les acteurs indiqués dans la conduite à tenir (encadrement, ...)

5. Rôle

- diffusion de la conduite à tenir et information sur les formations existantes
- pour application

6. Moyens humains

7. Moyens matériels et financiers

- Réalisation de formations liées à la thématique (6 000€/an)

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Nombre de déclarations enregistrées et taux de déclarations suivies d'effet.

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Diffusion et information réalisées

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | x | | | | | | |
| Réalisation | | | | x | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Suivi des indicateurs

Fiche Action 1.4

Améliorer l'élaboration du document unique (DU)

Responsable de la mise en œuvre : Karima LABSSIR / Denis BOUCHER

1. Objectifs - Résultat attendu

Améliorer la pertinence du document unique : intégration des RPS, analyse fine des situations de travail.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : recensement des sources d'informations, construction des indicateurs et définition du périmètre d'étude.

Etape 2 : élaboration de la méthodologie, échantillonnage des situations,

Etape 3 : recueil des informations (observation, enquêtes, entretien...) et analyse des résultats

Etape 4 : formalisation du document unique.

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Variabilité importante des situations de travail, multiplicité des sources d'information. Difficulté d'extraction de données pertinentes.

4. Acteurs

- RH
- cellule qualité
- Psychologue du travail
- Stagiaire Ergonome
- Médecin du travail
- Représentant du CHSCT

5. Rôle

- apport de données statistiques et organisationnelles
- Acteurs étapes 1, 2, 3, 4 : Analyse des facteurs de risque physique
- Acteur étapes 1, 2, 3, 4 : Analyse des facteurs RPS
- Acteur étapes 1, 2, 3, 4 : Aide à l'analyse des risques professionnels
- Acteur étapes 3 : Apport statistique et acteur lors de la phase terrain
- Acteur lors de l'étape 3 et participation à un comité de suivi afin de valider la méthodologie

6. Moyens humains

- Stagiaire ergonome (430€/mois)

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- formalisation du DU

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Construction de la méthodologie et des outils d'analyse (étape 2)

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | x | | | | | | |
| Réalisation | | x | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

A l'issue de la rédaction du document unique, rédaction du PAPRI Pact et suivi des mesures et des indicateurs.

Fiche Action 1.5

Associer le personnel concerné au choix de matériels et d'équipements

Responsable de la mise en œuvre : V.DAGUINDAU

1. Objectifs - Résultat attendu

Prise en compte des attentes du personnel utilisateur notamment en termes d'ergonomie

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : prise en compte systématique de critères ergonomiques dans rédaction du CDC et dans l'analyse des appels d'offre

Etape 2 : participation de l'ergonome dans l'élaboration d'un cahier des charges sur certains équipements

Etape 3 : désignation par la direction des soins de référents, membre du personnel et utilisateur, en charge de l'analyse de l'offre. Rédaction préalable d'une procédure et de supports d'évaluation

NB : les 3 étapes ne sont pas successives mais concomitantes

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Manque de temps pour la réalisation des évaluations des offres

Communication insuffisante entre les référents et les utilisateurs

4. Acteurs

- Direction des services économique et cellule des marchés, PUI, services techniques
- Ergonome et médecine du travail
- Direction des soins, cadres de soins

5. Rôle

- Etape 1
- Etape 2
- Etape 3

6. Moyens humains

-

7. Moyens matériels et financiers

-

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- identification et participation systématique de référents
- taux de retour des évaluations par les référents

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- identification et participation des référents dans la moitié des marchés

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | |
| Réalisation | | | | | | | X |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Suivi de l'indicateur



THEME 2 : Renforcer l'action du Service de Santé au Travail

Objectifs et enjeux

L'objectif est d'accompagner le renforcement des moyens d'action du service de santé au travail pour une meilleure harmonisation de l'action de ce service avec les autres acteurs de l'établissement.

Cette ambition est au service de la santé au travail de l'ensemble des personnels de l'établissement.

Il s'agit d'apporter à l'établissement les outils permettant d'améliorer la prise en charge médico-administrative des agents, dans le but de garantir la surveillance médicale de l'ensemble des agents selon les modalités fixées par la réglementation issue du code du travail, de prévenir les inaptitudes aux postes occupés ainsi que les situations à risque y compris psycho-social, de renforcer la démarche de retour à l'emploi des agents en attente de reclassement.

Cela passe par une meilleure connaissance de la situation administrative des agents, des avis rendus par la médecine du travail, une coordination renforcée entre les services (médecine du travail, psychologue du travail, direction des soins, DRH, encadrement).

Le fonctionnement de l'équipe de santé au travail est donc une préoccupation constante de la direction de l'établissement. Dans la continuité de cette démarche, la mise en place de la coopération avec le Centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, évoquée dans la fiche 2.2, apparaît d'emblée comme une opportunité pour engager à moyen terme des politiques de prévention et de reclassement coordonnées entre les deux établissements.

Etat de l'existant

Le service de santé au travail est renforcé depuis 2013 par le recrutement d'un médecin collaborateur à temps complet en 2013, d'une psychologue du travail en 2014. Il dispose en outre d'une assistante, d'une infirmière, d'un médecin présent à temps partiel. La médecine du travail a accès à la base d'information RH AGIRH, aux données d'imagerie du système d'information dédié aux soins. Il contribue à certaines actions coordonnées avec la direction (groupe interprofessionnel examinant les dossiers des agents en attente de reclassement).

La diffusion de l'information sur les avis d'aptitude de la médecine du travail est renforcée par l'envoi d'un courriel quotidien aux cadres. Des études de poste et des avis circonstanciés sur la situation de certains agents sont également émis par les médecins du travail en lien avec la psychologue du travail à l'attention des interlocuteurs de la direction et de l'encadrement, permettant d'avoir une information approfondie sur les difficultés susceptibles d'être rencontrées par les agents. Par ailleurs, des études ergonomiques sont mises en place par la psychologue du travail.

Fiche Action 2.1

Acquisition d'un logiciel pour le service de santé au travail

Responsable de la mise en œuvre : Dr GARCERAN, médecin du SST – F VAUSSY, DRH

1. Objectifs - Résultat attendu

Améliorer la prise en charge et le suivi des agents du CHSD par le SST, ainsi que le suivi renforcé de certains agents (poste exposé, agent présentant un risque particulier, cf agent en reclassement, RQTH) ; renforcer le suivi des médecins ; meilleure information des cadres sur les avis rendus par le SST (intégrer la fiche navette détaillée dans le logiciel) ; améliorer l'échange d'informations DRH/SST (cf suivi par le SST en cas de mutation interne des agents, retour de congés longs pour raisons de santé) ; interface dédiée à la psychologue : faciliter le travail de suivi des agents et des situations à risque ; exploitation statistique des données du SST

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : définition précise du besoin : par le SST, la DRH avant l'acquisition du logiciel par la DSI

Etape 2 : acquisition et déploiement du logiciel au sein du SST

Etape 3 : interface avec certaines applications du Système d'information de l'établissement (prioritairement le SI des ressources humaines)

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Coût d'acquisition et de déploiement du logiciel

Interconnexion avec les SI soins : PACS, Cyberlab, Convergences, et RH : AGIRH)

Informations disponibles pour la DRH dans le respect du secret médical

4. Acteurs

- SST
- DRH, DAM
- Direction des systèmes d'information

5. Rôle

- SST : rôle premier dans toutes les étapes de l'action proposée
- DRH et DAM : définition des informations nécessaires aux directions de gestion et aux cadres, en lien avec la coordination générale des soins
- DSI : acquisition et déploiement, interfaces comprises, et maintenance

6. Moyens humains

- temps nécessaire pour la définition du besoin et le déploiement : 20 jours pour le SST, 10 jours pour la DRH et la DAM
- temps consacré par la DSI pour le suivi du projet

7. Moyens matériels et financiers

- coût d'acquisition du logiciel
- coût de l'interfaçage
- coût de maintenance du logiciel
- Estimation du coût total par la DSI = 50.000 euros

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- déploiement effectif et utilisation du logiciel par le SST

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- description fine du besoin d'information à transférer aux directions de gestion (DRH, DAM)
- achat du logiciel

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | X | | | | | | |
| Réalisation | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Veille sur le pourcentage de dossiers agents dématérialisés via le logiciel

Actualisation du logiciel

Fiche Action 2.2

Pérenniser l'équipe de médecine du travail

Responsable de la mise en œuvre : F VAUSSY, DRH

1. Objectifs - Résultat attendu

Tout service de santé au travail doit être placé sous l'animation et la coordination d'un médecin spécialisé en médecine du travail. Tout médecin non qualifié en médecine du travail peut exercer en qualité de médecin collaborateur, statut défini par la réglementation, qui prévoit que le médecin collaborateur est encadré par un médecin du travail, et s'engage dans une formation pour l'obtention de la qualification de médecin du travail (R4623-25 code du travail).

- L'équipe de médecine du travail doit donc être complétée par un médecin spécialiste en médecine du travail.
- Sur le plan des effectifs, l'équipe de médecine du travail doit comporter 1,6 ETP compte tenu du nombre d'agents du CHSD. aux ressources médicales (effectifs normés : un médecin pour 1500 agents cf. R 4623-13 code du travail). Le recrutement du médecin du travail pourra donc se faire en partenariat avec le CH Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, qui bénéficiera d'une partie du temps de service du médecin recruté.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : définition précise du besoin : médecins de l'équipe de médecine du travail, DRH

Etape 2 : processus de recrutement

Etape 3 : installation du médecin du travail recruté

Chaque étape est conduite en concertation avec le CH Ballanger

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Rareté des médecins qualifiés en médecine du travail
Coordination entre les CH employeurs du médecin recruté
Informier le médecin inspecteur régional du travail
Intégration du médecin du travail

4. Acteurs

- DRH, DAM
- SST

5. Rôle

- DRH et DAM : recrutement et intégration

6. Moyens humains

- temps nécessaire pour la définition du besoin et le recrutement : médecins du travail, 3 jours pour la DRH et la DAM

7. Moyens matériels et financiers

- rémunération du médecin du travail recruté
- paiement de la prestation du cabinet de recrutement : 12 900 euros HT

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- prise en charge de 100% du suivi agents par l'équipe de médecine du travail

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- entrée en fonctions du médecin du travail

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | X | | | | | | |
| Réalisation | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Mise à niveau des moyens d'action de l'équipe de médecine du travail (cf poste de travail de l'IDE : question d'un box dédié ; cette proposition suppose au préalable une description exhaustive de l'activité effectuée)

Fiche Action 2.3

Mise en place d'un dispositif de gestion de crise pour le personnel

Responsable de la mise en œuvre : Karima LABSSIR

1. Objectifs - Résultat attendu

Prise en charge efficace des agents vivant des situations professionnelles difficiles.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Répertorier les situations considérées comme sensibles (agression, conflit entre agent, harcèlement, décès traumatique)

Etape 2 : Rédiger et diffuser des protocoles de prise en charge en fonction de la nature de l'événement. (identifier les acteurs référents, définir les modalités de prise en charge, les actions à mener)

Etape 3 : Assurer le suivi de l'événement, le retour aux instances et tenir les statistiques

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- Multiplicité des sources de réception des informations
- Réactivité face à l'événement
- Connaissance et utilisation des protocoles au niveau local

4. Acteurs

- Les cadres de proximité/sup/ Médecins du Travail
- Psychologue du Travail
- La cellule prévention des risques
- CHSCT

5. Rôle

- Signale les problématiques
- rédaction des protocoles et réception des fiches d'événement indésirable, prise en charge et retour sur l'avancée
- Recueil et suivi statistique
- Avis rendu sur les protocoles

6. Moyens humains

- Temps de la psychologue
- Psychologue clinicien en externe ?

7. Moyens matériels et financiers

- Logiciel de travail (Logiciel de Médecine du travail)

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- diffusion des protocoles et prise en charge des événements signalés

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Rédaction des protocoles de prise en charge

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | x | | | | | | |
| Réalisation | | x | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Mise en œuvre systématique des protocoles, relai de l'information efficace et suivi optimisé

Fiche Action 2.4

Organisation d'une méthodologie d'analyse des causes des accidents du travail

Responsable de la mise en œuvre : Dr Nicolas GARCERAN

1. Objectifs - Résultat attendu

Améliorer la prévention des AT et MP en analysant les accidents du travail repérés par les professionnels concernés (médecin du travail, psychologue du travail, DRH, direction des soins,...) sur la base des synthèses des accidents liés au travail produites périodiquement par la DRH

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : définition et validation du processus d'analyse des AT à mettre en place (quelles informations exploiter, composition du groupe d'analyse, suivi des préconisations du groupe)

Etape 2 : mise en œuvre de la procédure

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Mise à jour de la synthèse
Délai de convocation du groupe de travail

4. Acteurs

- médecins du travail
- psychologue du travail
- DRH (gestion des AT-MP)
- direction des soins
- CHSCT

5. Rôle

- tous : sélection des dossiers à étudier
- DRH : mise à jour de la synthèse des AT
- CHSCT : destinataire d'une présentation régulière des travaux du groupe d'analyse

6. Moyens humains

- réunions périodiques du groupe d'analyse

7. Moyens matériels et financiers

néant

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- établissement de préconisations issues du groupe d'analyse

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- validation de la procédure

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | x | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | x | | | | |
| Réalisation | | | | x | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Suivi de la réalisation des préconisations issues du groupe d'analyse

Fiche Action 2.5

Améliorer l'information du cadre sur les restrictions d'aptitude de l'agent

Responsable de la mise en œuvre : Dr Nicolas GARCERAN

1. Objectifs - Résultat attendu

Permettre au cadre de connaître précisément les restrictions définies pour pouvoir adapter les missions de l'agent concerné

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : définir le contenu et la fréquence de l'information à délivrer au cadre

Etape 2 : intégrer ces données dans le cahier des charges du logiciel SST

Etape 3 : déploiement

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Délai de transmission de l'information, appréciation des restrictions au regard de la nature des missions correspondant au poste

4. Acteurs

- médecins du travail
- cadres
- DRH
- direction des soins

5. Rôle

- définition des restrictions d'aptitude
- prise en compte
- centralisation des restrictions d'aptitude dans le SI RH

6. Moyens humains

- temps de paramétrage du logiciel SST et phase de test

7. Moyens matériels et financiers

- Acquisition logiciel SST

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- prise en compte des restrictions d'aptitude par les cadres

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- définition des informations à délivrer

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | x | | | | | | |
| Réalisation | | x | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Evaluation du dispositif par le SST et les cadres





Projet social

2014-2017

THEME 3 : Optimiser la gestion des inaptitudes et du handicap

Objectifs et enjeux

La gestion des situations de handicap ou de restrictions d'aptitude est devenue un enjeu majeur pour l'établissement.

Les contraintes physiques associées aux métiers hospitaliers se traduisent, notamment dans la filière soignante, par la multiplication des situations d'inaptitude ou d'aptitude avec réserves (restriction d'aptitude). Ces difficultés ont souvent pour conséquence d'éloigner les agents de l'emploi et de mettre en difficulté les services qui y sont confrontés.

L'enjeu est donc de maintenir l'agent dans l'emploi et quand cela est possible, à son poste, sans pour autant fragiliser le fonctionnement des services, et tout en respectant un cadre budgétaire contraint.

Quelles solutions apporter à ces situations complexes quand elles se présentent ?

Comment travailler en bonne intelligence avec la médecine du travail ?

Comment être plus efficace dans notre gestion ?

Etat de l'existant

Une dynamique d'ensemble est en marche qui doit être prolongée :

Depuis 2013, une convention a été signée avec le FIPHFP qui a permis de dégager des crédits conséquents pour nos agents travailleurs handicapés qui bénéficient d'une reconnaissance administrative et font donc partie des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de 6%. Les mesures financées sont les suivantes : tutorat, formation, bilan de compétence, achat de matériel, études ergonomiques. Si ces actions existent, l'effort de communication doit être poursuivi en direction des agents de l'établissement.

Depuis un an, l'accent a été mis sur la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pour nos agents afin de les faire bénéficier des aides offertes par la convention FIPHFP.

Un travail de longue haleine a été entamé pour réserver des postes dits « de reclassement » à nos agents, principalement sur des fonctions de secrétariat et d'accueil. La rareté de ces postes dits « allégés » au sein de l'hôpital limite néanmoins fortement l'efficacité de cette solution. Trop souvent en effet, les restrictions d'aptitude d'un agent vont se traduire par un changement d'affectation. Quand cela est possible, nous devons développer le maintien sur le poste en ayant recours à des adaptations de postes. Nous devons également nous entourer de nouveaux interlocuteurs pour rechercher des solutions innovantes de maintien dans l'emploi.

Un Groupement Interprofessionnel pour le Retour à l'Emploi (GIRE) est en place et se réunit périodiquement (tous les 2-3 mois) pour traiter des cas problématiques de retour à l'emploi. Son fonctionnement doit encore être optimisé.

Enfin plus largement, le maintien dans l'emploi des agents ne pourra se faire sans une coopération étroite et efficace avec la Médecine du travail. Ce sont donc les modalités de travail entre ces deux services qui doivent être revues.

Fiche Action 3.1

Renouveler la convention avec le FIPHFP

Responsable de la mise en œuvre : Victor TERRINE

1. Objectifs - Résultat attendu

Signer avec le FIPHFP une nouvelle convention triennale (2016-2017-2018) pour se doter de moyens financiers et organisationnels afin de maintenir dans l'emploi nos travailleurs handicapés. Maintenir un taux d'emploi de travailleurs handicapés au-delà de 6% sur l'Etablissement.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Appel à un cabinet extérieur – Rédaction d'un marché public

Etape 2 : Rédaction d'un diagnostic RH sur la problématique du handicap au Centre Hospitalier de Saint-Denis

Etape 3 : Rédaction du Plan d'action/Projet de convention en tirant les conséquences de la mise en œuvre de la précédente convention

Etape 4 : Présentation orale devant le FIPHFP pour accord

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

C'est un projet chronophage avec des « dead lines » contraignantes liées aux instances internes du FIPHFP

Il revient de noter l'importance du choix du cabinet partenaire

La présentation finale devant le FIPHFP n'est pas uniquement une formalité mais un exercice exigeant

4. Acteurs

- Le Cabinet partenaire
- Le Référent handicap (Attaché DRH)
- Le Directeur des Ressources Humaines
- Le FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique)

5. Rôle

- Le cabinet partenaire accompagne le CHSD dans la rédaction du diagnostic RH et la rédaction du projet de convention
- Le Référent handicap pilote le projet de renouvellement de convention et il assure l'interface avec le cabinet de conseil
- Le DRH arbitre et valide les grandes orientations du Projet
- Il rend un avis favorable ou défavorable sur le projet de convention présenté

6. Moyens humains

- Référent Handicap à 50 % sur la période de préparation de la convention

7. Moyens matériels et financiers

- Prestation de conseil = environ 20 000 €
- remboursable via la convention

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Le projet de convention a été présenté devant le FIPHFP
- Le FIPHFP a rendu un avis favorable

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Le diagnostic est terminé
- Le projet de convention (plan d'action) est rédigé

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | x | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | x | | | | |
| Réalisation | | | | x | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Animation de cette convention par le référent handicap et volonté institutionnelle de porter le projet dans le temps

Communication autour de la convention

Renouvellement à échéance

Rédaction d'un « Memo » à destination des agents en situation de reclassement

Responsable de la mise en œuvre : Victor TERRINE

1. Objectifs - Résultat attendu

Rassembler dans un seul document les informations utiles aux agents se trouvant en situation d'inaptitude et/ou de reclassement. Développer la connaissance des agents en reclassement sur leurs droits et devoirs pour faciliter leur retour vers l'emploi.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail pluri professionnel

Etape 2 : Rédaction d'un document explicatif détaillant :

- ✓ l'importance de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Pourquoi cela est un avantage pour l'agent ? Pourquoi il ne faut pas en avoir peur ?
- ✓ les différents interlocuteurs à contacter pour les agents en fonction de la situation. Qui fait quoi ? (avec coordonnées).
- ✓ Droits en fonction de la durée / du type d'arrêt (maintien de la rémunération, complément CGOS, ...).
- ✓ Comment bien anticiper sa reprise ? La visite chez le médecin du travail, le cadre, la DRH ou la Direction des soins. L'importance de garder un lien avec l'hôpital pendant son arrêt.
- ✓ Les différentes possibilités offertes par l'établissement pour le maintien/retour à l'emploi : formation/ tutorat, adaptation de poste, achat de matériel, changements d'affectation (en fonction des postes disponibles), sortie des effectifs de l'hôpital.
- ✓ Comment procède l'hôpital pour tenter de maintenir un agent dans l'emploi.
- ✓ Exemples de reclassements réussis.

Etape 3 : Validation du document par la Direction des Ressources Humaines

Etape 4 : Diffusion au niveau de la DRH et de la médecine du travail + envoi au domicile de certains agents

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Nécessité de clarifier en amont nos procédures internes de reclassement

4. Acteurs

- Le Groupe pluri professionnel : médecin du travail, responsable communication, AS du personnel, Référent handicap, interlocuteur RH, 2 cadres de santé

5. Rôle

- chaque membre du groupe participe à la rédaction du document selon son domaine d'expertise

6. Moyens humains

- 3 ou 4 réunions de travail d'une heure environ avec l'ensemble des membres du groupe

7. Moyens matériels et financiers

- Impression de 1 000 Memo en couleur

| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) | | | | | |
|--|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Le memo est rédigé - Le memo est mis à disposition des agents | | <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe pluri professionnel est constitué - Le groupe s'est réuni au moins deux fois | | | | | |
| 10. Calendrier de la mise en œuvre | | | | | | | |
| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | | | | x | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | | x | | |
| Réalisation | | | | | | x | |
| 11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action | | | | | | | |
| Diffusion suffisante du document auprès des agents concernés. | | | | | | | |
| Mise à jour du document. | | | | | | | |

Fiche Action 3.3

Favoriser le maintien sur le poste en ayant recours à des aides techniques et/ou des aménagements ergonomiques

Responsable de la mise en œuvre : Nicolas GARCERAN

1. Objectifs - Résultat attendu

Accentuer le recours aux aides techniques et aux aménagements ergonomiques pour maintenir les agents en difficulté sur leur poste. Définir un nouveau cadre d'intervention pour la psychologue du travail – ergonomiste. Eviter de recourir au changement de poste comme solution systématique.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Formaliser une procédure de demande d'aménagement de poste de travail pour un agent en vue de son maintien sur le poste (séquence logique des actions à entreprendre, acteurs à mobiliser, temporalité ...)

Etape 2 : Diffuser la procédure élaborée auprès de l'ensemble des acteurs (Directions compétentes, Cadres ...) et accompagner sa mise en œuvre dans l'établissement

Etape 3 : Evaluer l'efficacité de la procédure

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Limites des possibilités techniques d'adaptation de poste

espace de stockage insuffisant

manque de temps humain dédié à la problématique

4. Acteurs

- Référent Handicap, Psychologue du travail, Médecin du travail, Cadres
- Psychologue-ergonome du travail / Médecin du travail
- DRH (référent handicap)
- Psychologue-ergonome du travail
- Service de santé au travail + Cadres

5. Rôle

- Alertent et font remonter les situations nécessitant une adaptation de poste
- Evaluation précise du besoin et proposition d'aménagement
- Validation du projet d'adaptation de poste
- Mise en œuvre de l'aménagement avec l'appui du cadre du service concerné
- Evaluation, suivi de l'aménagement à M+3

6. Moyens humains

- 0,2 ETP d'ergonome du travail

7. Moyens matériels et financiers

- Enveloppe du FIPHFP pour les achats de matériel

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Au moins 3 demandes d'adaptation formulées via la procédure

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Formalisation d'une procédure écrite

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | x | | | | | |
| Réalisation | | | x | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Elargissement du dispositif à l'ensemble du personnel : aménagement collectif des situations de travail, approche ergonomique à l'échelon collectif

Fiche Action 3.4

Conclure un partenariat avec le SAMETH

Responsable de la mise en œuvre : Victor TERRINE

1. Objectifs - Résultat attendu

Rechercher de nouvelles solutions innovantes pour assurer le maintien dans l'emploi de nos agents. S'entourer d'« experts » du maintien dans l'emploi.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Prendre contact avec le SAMETH et organiser une entrevue (service d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés)

Etape 2 : Identifier précisément l'offre de service du SAMETH et exposer nos besoins. Définir un éventuel partenariat.

Etape 3 : Soumettre des cas de maintien dans l'emploi au SAMETH

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

- réactivité du SAMETH
- nature/périmètre de l'offre de service du SAMETH

4. Acteurs

- Le référent handicap
- Le SAMETH

5. Rôle

- prend contact avec le SAMETH, conduit les discussions en vue d'un partenariat et leur communique les cas individuels qui nécessitent son intervention
- met en œuvre les actions nécessaires au maintien dans l'emploi des agents ciblés

6. Moyens humains

-

7. Moyens matériels et financiers

- via la convention FIPHFP

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Un partenariat est conclu et des cas individuels sont soumis au SAMETH

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Une entrevue a eu lieu avec le SAMETH

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | x | | | | | | |
| Réalisation | | x | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Maintenir le lien avec le SAMETH sur le long terme.

Fiche Action 3.5

Revoir les documents et modalités de liaison entre la médecine du personnel et la DRH

Responsable de la mise en œuvre : Sébastien BOSCHER

1. Objectifs - Résultat attendu

Fluidifier et rendre plus performante la transmission d'information entre la médecine du personnel et la DRH pour faciliter le reclassement des agents. Etre en possession d'informations pertinentes pour aider à la décision sur des cas de reclassement ou d'inaptitude.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : mettre à disposition du service de santé au travail une fiche de poste détaillée à chaque fois qu'un reclassement est envisagé. Cette fiche de poste précisera notamment les contraintes physiques et ou psycho-sociales associées au poste.

Etape 2 : refondre les documents de transmission entre la médecine du personnel et la DRH :

- Fiche d'aptitude de la Médecine du travail → axer la réflexion sur le maintien (ou non) sur le poste avec 3 conclusions possibles : **Aptitude** – maintien sur le poste actuel ; **Aptitude** – Maintien sur le poste actuel avec aménagement (à préciser) ; **Inaptitude** – Changement de poste préconisé (à préciser)
- Fiche de liaison détaillant les contraintes/restrictions → faire figurer les aptitudes résiduelles – ce que peut encore faire l'agent

Etape 3 : mensualiser le GIRE (Groupement Interprofessionnel pour le Retour à l'Emploi) pour travailler sur un rythme plus pertinent par rapport aux problématiques de reclassement.

Etape 4 : revoir le document de travail du GIRE (tableau de suivi des agents).

Etape 5 : construire et tenir à jour un tableau de bord des postes disponibles ouverts aux agents en reclassement. Ce tableau doit notamment faire figurer les missions principales du poste, les compétences requises ainsi que les contraintes physiques et/ou psycho-sociales associées.

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Nécessité d'une étroite coopération entre la médecine du personnel et la DRH.

| 4. Acteurs | 5. Rôle |
|--|--|
| - Direction des ressources humaines - Médecine du personnel | - La DRH prend en charge les étapes 1, 2, 3, 4 et 5 - La médecine du personnel valide et utilise les nouveaux supports fournis. |
| 6. Moyens humains | 7. Moyens matériels et financiers |
| - | - |
| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) |
| - Etapes 1, 2, 3, 4, 5 | - Etapes 3, 4, 5 |

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | x | | | | | |
| Réalisation | | | x | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Informatisation du lien entre la médecine du personnel et la DRH via l'acquisition d'un logiciel avec une interface AGIRH.

AXE 2



Accompagner le développement
professionnel des agents



THEME 4 : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels

Objectifs et enjeux

L'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale repose pour l'essentiel sur les ressources humaines. La question de l'attractivité, de la fidélisation et de l'intégration des professionnels est récurrente dans un contexte hospitalier de forte tension entre les exigences de qualité de service rendu à la population et les aspects démographiques et médico-économiques.

L'un des premiers constats a mis en lumière la complexité de la réalité des situations de travail, tous les facteurs (environnementaux, salaires, conditions de travail, personnels...) sont intriqués et interviennent à des degrés divers dans la fidélisation et l'attractivité.

Il s'agissait pour le groupe de déterminer un contexte favorisant l'intégration de l'ensemble des professionnels du centre hospitalier de saint Denis sans limiter l'analyse aux seuls professionnels de soin.

Le Conseil international des infirmières (CII, 2007) définit les environnements favorables à l'intégration et à la fidélisation comme étant « des contextes professionnels propices à l'excellence du travail (*rayonnement institutionnel*) dans de bonnes conditions pour l'employé. L'accent est mis sur l'accueil, la sécurité, la santé et le bien-être personnel, sur la qualité des soins dispensés aux patients et sur le renforcement de la motivation, de la productivité et de la performance des individus et des organisations ».

En s'appuyant sur ces éléments, le groupe a décidé de retenir le critère de représentativité et de dynamisme de l'établissement (« rayonnement institutionnel ») via la fiche action 1 *Assurer la représentation du CHSD dans des manifestations nationales, régionales ou locales*, le critère d'accueil via la fiche action numéro 2 *Enrichir et délivrer systématiquement le livret d'accueil* et la fiche action numéro 4 *Mettre en place une journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants*, enfin le critère de sécurité via la fiche action numéro 3 *Professionnaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivant* et la fiche action numéro 4.

Etat de l'existant

La question du rayonnement doit être posée de manière centrale dans la problématique d'attractivité en regard à un environnement complexe et souvent associé à la notion de précarité. Le chiffre du turnover de 2013 (8,55% pour les professions paramédicales, soit un chiffre légèrement supérieur à la moyenne nationale) vient conforter cet impératif. Pour cela l'hôpital est actif et propose déjà des solutions dans le projet de soin ou le précédent projet social. Ces réponses sont cependant souvent reléguées en second plan, les efforts (voir ci-dessous) doivent donc être poursuivis et amplifiés :

- La mise à jour du livret d'accueil institutionnel date de 2012-2013. Cela pose la question de l'importance de ce livret en termes de mise à jour, de volume d'information à mettre à disposition mais aussi en termes de délivrance (qui s'en occupe ? les cadres du service, la DRH ?) ? Enfin, cela pose la question de son e-disponibilité.
- Il existe des guides d'intégration et des programmes d'apprentissage spécifiques destinés aux nouveaux arrivants : urgences, réanimation adulte et réanimation néonatale par exemple. Ces programmes doivent être généralisés à l'ensemble du CHSD. Nous devons nous interroger : pourquoi certains services le font ? Pourquoi d'autres ne le font pas ?
- Depuis plusieurs années, le CHSD participe annuellement au salon infirmier. Nos intervenants y participent à des conférences-débats. Cette action doit pouvoir être élargie à d'autres métiers sensibles comme les métiers de la kinésithérapie, ou ceux de la radiologie.

Fiche Action 4.1

Assurer la représentation du CHSD dans des manifestations nationales, régionales ou locales

Responsable de la mise en œuvre : Bernard DORLAND et Linda BIBI

1. Objectifs - Résultat attendu

- ✓ Promouvoir l'image du centre hospitalier, la qualité des soins et le professionnalisme
- ✓ Renforcer l'attractivité du CHSD

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Elaborer et formaliser un plan annuel de représentation du CHSD en sélectionnant les salons et/ou les actions où les agents de l'établissement participeront :

- ✓ Salons professionnels comme le salon IDE en lien avec la présentation de l'hôpital
- ✓ Journées scientifiques et professionnelles en lien avec la présentation de communications orales ou de posters
- ✓ Participer aux forums des métiers (par exemple ceux de l'éducation nationale)
- ✓ Mettre en place une participation large aux journées portes ouvertes des différents instituts de formation

Etape 2 : Identifier les acteurs porteurs.

Etape 3 : Apporter un soutien logistique, méthodologique pour l'élaboration de posters dans les salons et pour les présentations scientifiques et professionnelles (communications orales).

Etape 4 : Créer des supports de communication de type flyer :

- ✓ Pour tous les métiers (en référence au répertoire des métiers)
- ✓ De présentation de l'hôpital, des Pôles et des services
- ✓ En lien avec les spécialités et les pôles d'excellence de l'hôpital (USINV, filière de neurologie – IRM 24h/24- Maternité de niveau 3 etc...)

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Difficultés en lien avec les métiers sensibles, il faut donc favoriser les messages et la communication externe et concentrer nos efforts d'attractivité de ces métiers.

4. Acteurs

- la direction des soins
- le service de la formation
- La direction informatique
- le service de la communication
- l'IFSI

5. Rôle

- pilotage du plan annuel de représentation
- inscription et financement participation des agents aux actions
- Dématérialisation des supports
- Élaboration et impression des supports (reprographie)
- journées portes ouvertes

6. Moyens humains

- le temps consacré par les acteurs eux-mêmes

7. Moyens matériels et financiers

à définir avec la Direction des Soins, la DRH et la Direction de la Communication

Financement des congrès = 10 K€

Financement de supports à moyen constant avec la Direction de la communication

| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 100% support de communication en lien avec les métiers - nombre d'actions évènementielles réalisées : en 2016, participation à 5 salons (salon IDE et autres, forum des métiers, journée portes ouvertes à l'IFSI) - 5 présentations : communications orales - 5 posters réalisés - 5 publications scientifiques et professionnelles réalisées | <ul style="list-style-type: none"> - 50% support de communication en lien avec les métiers - nombre d'actions évènementielles réalisées : en 2015, participation à 3 salons (salon IDE, forum des métiers, journée portes ouvertes à l'IFSI) - 3 présentations : communications orales - 3 posters réalisés - 3 publications scientifiques et professionnelles réalisées |

| 10. Calendrier de la mise en œuvre | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | x | | | | |
| Réalisation | | | | | x | | |

| 11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action |
|---|
| <p>Maintenir la production du groupe de travail au-delà de la réalisation de la fiche action afin de mettre en œuvre les actions permettant l'atteinte des objectifs. Formaliser un rythme de réunion du groupe en 2014 et 2015 en y incluant la participation des acteurs cités.</p> |

Enrichir et délivrer systématiquement le livret d'accueil

Responsable de la mise en œuvre : Bernard Dorland, Valérie BILOUS

1. Objectifs - Résultat attendu

- ✓ Apporter une information complète aux nouveaux agents
- ✓ Optimiser et faciliter l'intégration des nouveaux agents

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Constituer un groupe de travail pluri professionnel

- ✓ Elaborer un calendrier des réunions de travail
- ✓ Programmer les mises à jour du livret par le groupe et les responsables de la mise en œuvre

Etape 2 : Mettre à jour le livret en organisant les acteurs du groupe par fiche

Etape 3 : Créer une fiche « Circuit du nouvel agent », complétant celle de la page 12 existante

- ✓ Préciser dans la fiche l'importance de la remise de documents (livret d'accueil, guide du temps de travail,...)

Etape 4 : Organiser la diffusion et la communication du livret d'accueil du personnel et intégrer la traçabilité de sa remise au moyen de la « fiche de liaison de recrutement » DRH)

- ✓ Remise automatique pour tout nouvel agent
- ✓ Communiquer auprès des agents déjà présents par consultation du livret dans les différentes unités, ou sur intranet

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Assurer la mise à jour systématique du livret et la traçabilité de la remise du document au moment du recrutement

L'obsolescence rapide des données nécessite une mise à jour régulière, au moins annuelle (données d'activité, ...)

4. Acteurs

- DRH, Direction des soins, Service communication, Services économiques, Direction qualité, EOHH, Formation continue, Médecine du travail
- DRH et Direction des Soins
- Reprographie
- Encadrement des unités

5. Rôle

- Mise à jour des données du livret
- Remise du livret
- Editer régulièrement le livret mis à jour
- Communiquer aux agents déjà présents

6. Moyens humains

- Prise en compte sur le temps de travail des travaux du groupe
- Temps de reprographie

7. Moyens matériels et financiers

- Coût du matériel de reprographie : à moyen constant sur le budget de la communication

| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) | | | | | |
|---|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| - 100% des agents recrutés ont le livret | | - 50% des agents recrutés ont le livret | | | | | |
| 10. Calendrier de la mise en œuvre | | | | | | | |
| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |
| 11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action | | | | | | | |
| <p>Maintenir les travaux du groupe pour systématiser la mise à jour des données du livret. Cette mise à jour sera pilotée par les responsables de la fiche action.</p> <p>Elaborer un calendrier des réunions de travail au-delà de la réalisation de la fiche projet jusqu'en 2017</p> | | | | | | | |

Professionaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivants

Responsable de la mise en œuvre : Sandrine JANKOWSKI, Cécile LANCIEN et Nathalie VANSTEENKISTE

1. Objectifs - Résultat attendu

- ✓ Optimiser l'intégration du nouvel arrivant au sein de son service d'accueil et de l'établissement.
- ✓ Définir et former les tuteurs dans chaque service de l'établissement (jour/nuit)
- ✓ Définir un parcours pour le tuteuré.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 :

- ✓ Création d'un groupe pluri-professionnel
- ✓ Elaborer un livret d'accueil spécifique type par service/pôle comportant :
 - Un tronc commun (présentation institutionnelle)
 - Les outils spécifiques aux services accueillant (informatiques, administratifs, etc.)
 - La présentation des professionnels du service et des interactions entre services.
 - Plan d'intégration : bilan de compétence à acquérir.

Etape 2 :

- ✓ Identifier les tuteurs
- ✓ Evaluer les besoins des tuteurs afin d'organiser leur formation
- ✓ Créer un tronc commun pour le support « parcours du tuteuré »

Etape 3 :

- ✓ Former les tuteurs
- ✓ Réflexion sur le circuit de tutorat du nouvel arrivant dans le service
- ✓ Elaborer un échéancier type pour chaque service

Etape 4 :

- ✓ Mise en place d'un support « parcours du tuteuré » pour chaque service
- ✓ Elaborer un questionnaire de satisfaction qui sera donné au tuteuré en fin d'intégration

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

- ✓ Dégager du temps pour les tuteurs
- ✓ Faire la mise à jour régulière des différents supports de tutorat (livret d'accueil spécifique, parcours du « tuteuré », connaissances des outils informatiques, etc.)
- ✓ Tuteurs définis sur la base du volontariat

4. Acteurs

- Les cadres de santé
- Direction du service informatique
- Le service de la communication
- Le service de la formation
- Les tuteurs

5. Rôle

- Identifier les tuteurs, leur dégager du temps et les accompagner dans cette démarche
- Réaliser la cartographie des outils informatiques par service et par métier
- Elaboration et impression des supports (reprographie)
- Mettre en place les formations « tuteurs »
- Mise à jour régulière des connaissances quant aux outils utilisés dans le service.

| 6. Moyens humains | | 7. Moyens matériels et financiers | | | | | |
|--|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| - Groupe pluri-professionnel | | - Formation des tuteurs = 3 groupes de 12 personnes sur 3 jours soit 10800 € - Direction de la Communication = à moyen constant avec les ressources de la reprographie | | | | | |
| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - 100% des services (jour/nuit) ont un tuteur identifié - 100% des services ont formalisé leur livret d'accueil spécifique - 100% des personnels nouvellement recrutés ont reçu le livret spécifique au service accueillant - 100% des personnels nouvellement recrutés ont suivi le parcours du tuteur - ≥ 80% des tutorés sont très satisfaits de leur intégration - 50% tuteurs formés | | <ul style="list-style-type: none"> - 100% des services (jour/nuit) ont un tuteur identifié - 50% des services ont formalisé leur livret d'accueil spécifique - 50% des personnels nouvellement recrutés ont reçu le livret spécifique au service accueillant - 50% des personnels nouvellement recrutés ont suivi le parcours du tuteur - ≥ 50% des tutorés sont très satisfaits de leur intégration - 30% des tutorés formés. | | | | | |
| 10. Calendrier de la mise en œuvre | | | | | | | |
| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | |
| 11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action | | | | | | | |
| <p>Maintenir les travaux du groupe pour systématiser la mise à jour le livret d'accueil spécifique.</p> <p>Déterminer de nouveaux tuteurs de service en cas de départ des anciens.</p> <p>Maintenir la production du groupe de travail au-delà de la réalisation de la fiche action afin de mettre en œuvre les actions permettant l'atteinte des objectifs. Formaliser un rythme de réunion du groupe en 2014 et 2015 en y incluant la participation des acteurs cités.</p> | | | | | | | |

Fiche Action 4.4

Mettre en place une journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants

Responsables de la mise en œuvre : Bernard DORLAND, Anaïs MARLIN, Delphine MOAL

1. Objectifs - Résultats attendus

- Promouvoir l'image du centre hospitalier, la qualité des soins et le professionnalisme
- Présenter les différents services et les acteurs aux nouveaux arrivants
- Organiser des ateliers pratiques en lien avec leur exercice professionnel

2. Description de l'action en étapes

Étape 1 : Constituer un groupe de travail

Étape 2 : Formaliser et adapter le programme selon les pôles et les métiers, et en intégrant les formations obligatoires et/ou nécessaires à l'exercice professionnel

Étape 3 : Déterminer le calendrier des journées d'intégration

Étape 4 : Communiquer en interne sur les journées d'intégration (journal interne, réunion des cadres, lfsi)

Étape 5 : Mettre en place un outil d'évaluation de ces journées d'intégration

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Coordonner l'emploi du temps des intervenants

Être vigilant à ce que toutes les composantes des intervenants soient représentées

4. Acteurs

Les nouveaux arrivants
La direction des soins
DRH
La direction de la communication
Le service de la formation
EOHH
CLUD
Service informatique
Cellule gestion des risques
Sécurité incendie
Cadres et cadres supérieurs de santé

5. Rôle

Pilotage des journées d'intégration
Pilotage des journées d'intégration
Pilotage des journées d'intégration
Organisation atelier
Organisation atelier
Organisation atelier
Organisation atelier
Organisation atelier
Accueil des nouveaux arrivants

6. Moyens humains

Mobilisation des intervenants

7. Moyens matériels et financiers

Matériel en lien avec les différents ateliers
A moyen constant avec le service de reprographie de l'hôpital

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

3 sessions par an (2 sessions la première année)
Évaluer la satisfaction

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

1 session a été réalisée

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Maintenir la production du groupe de travail au-delà de la réalisation de la fiche action

Formaliser un rythme de réunion du groupe en 2014 et 2015 en y incluant la participation des acteurs cités.

Statuer sur des dates clés pour les journées d'intégration



THEME 5 : Développer les bonnes pratiques de management

Objectifs et enjeux

L'encadrement au quotidien doit être soutenu par une bonne connaissance des outils de gestion appropriés. A cette fin, les personnels d'encadrement doivent avoir accès à des informations claires sur les moyens mis à leur disposition au sein de l'établissement.

La démarche d'évaluation et la gestion des risques psycho-sociaux correspondent à deux enjeux majeurs pour l'établissement, pour lesquels les cadres doivent être mobilisés.

C'est pourquoi il faut accompagner la professionnalisation des cadres par la définition institutionnelle de missions essentielles d'encadrement, que sont l'évaluation et la prévention des risques encourus par les agents.

Par ailleurs, l'amélioration constante de la gestion des personnels passe par la définition et la connaissance de procédures formalisées faisant apparaître clairement la finalité des actions et le rôle spécifique des cadres.

Cette démarche vise aussi, du point de vue des agents, à une meilleure compréhension des décisions et à renforcer la sécurisation des parcours professionnels.

Cette démarche suppose l'élaboration conjointe entre la direction et les cadres d'outils de gestion.

Etat de l'existant

La formation au management est proposée par le plan de formation sur plusieurs items : savoir évaluer et noter un agent, rédaction de rapports professionnels, responsabilité juridique des cadres, prévenir et gérer le stress au travail.

Des réunions régulières d'information des cadres paramédicaux sont organisées par la coordination générale des soins.

Dans le domaine de l'évaluation des agents, il faudra développer les outils mis à la disposition des cadres. En effet, il n'existe pas actuellement de support d'autoévaluation institutionnel, ni de guide de l'évaluation.

Fiche Action 5.1

Professionnaliser le cadre dans son rôle d'évaluateur et créer un guide de l'évaluation professionnelle

Responsable de la mise en œuvre : F VAUSSY, directeur des ressources humaines – M FOURNIER, cadre supérieur de santé, direction des soins

1. Objectifs - Résultat attendu

Faire de l'évaluation annuelle des agents un véritable outil de gestion RH, pour les cadres : au regard des objectifs du pôle, pour les agents : outil de développement professionnel, pour la direction : critère essentiel pour la carrière de l'agent.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : ajuster et compléter le dispositif d'évaluation : contenu de l'évaluation dans le formulaire d'évaluation, mise en place d'un temps d'autoévaluation, élaboration d'un guide de l'évaluation

Etape 2 : mettre en place une formation régulière sur l'évaluation et la notation (formation annuelle pour les évaluateurs) rappelant les enjeux de l'évaluation et présentant les outils utilisés au CHSD

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Appropriation des outils par les évaluateurs et les évalués
Coût de formation

4. Acteurs

- groupe de travail 5 du projet social + groupe 6 (GPMC)
- cadres
- service de la formation

5. Rôle

- groupes 5 et 6 PS : élaboration et mise à disposition des outils
- cadres : utilisateurs
- service formation : mise en place de la formation évaluateurs

6. Moyens humains

- temps nécessaire pour la réalisation des outils : groupe de travail soit 10 personnes * 4 séances * 2h par séance

7. Moyens matériels et financiers

- formation par un prestataire extérieur, à destination des cadres supérieurs et des cadres : coût à évaluer (1/2 journée par séance ; 4 séances pour l'année n de mise en place, puis 1 séance par an (à prévoir : une séance spécifique pour les cadres supérieurs, dans leur rôle d'évaluation des cadres)

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- utilisation des nouveaux supports d'évaluation

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- connaissance du guide de l'évaluation par les cadres
- taux de formation des cadres

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Evaluation du nouveau dispositif : point annuel par le groupe de suivi, sur la base du recueil d'un questionnaire adressé aux cadres

Fiche Action 5.2

Intégrer les Risques Psychosociaux dans la pratique managériale

Responsable de la mise en œuvre : Karima LABSSIR

1. Objectifs - Résultat attendu

Permettre aux cadres de mieux identifier et appréhender les risques psychosociaux dans leurs équipes par la dispense d'une formation. Contenu du module de formation : approche globale sur les RPS + Travail sur des exemples concrets provenant des problématiques rencontrées sur le terrain.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Création du module de formation et Constitution des groupes.

Etape 2 : Lancement de la formation

Etape 3 : Retour d'expérience sur le terrain

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- La participation de l'ensemble des cadres à la démarche
- Temps de Travail dégagé pour la Psychologue du Travail

4. Acteurs

- Psychologue du Travail
- Cadre Supérieur du pôle Médecine

5. Rôle

- Création du module de Formation + Formatrice
- Phase Test : évaluation de la formation

6. Moyens humains

- Année 1 : 8 sessions d'une demie journée de formation = 1 par pôle
- Années suivantes : 1 session par an (nouveaux entrants + demandeurs)

7. Moyens matériels et financiers

-1 salle de formation

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- 100% des cadres formés

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

-Module de formation validé et intégré au plan de formation

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Evaluation positive des cadres sur l'apport de la formation dans la gestion des RPS.

Fiche Action 5.3

Formaliser les procédures RH et les diffuser à l'encadrement

Responsable de la mise en œuvre : F VAUSSY, directeur des ressources humaines – M FOURNIER, cadre supérieur de santé, direction des soins

1. Objectifs - Résultat attendu

Décrire les circuits RH et faciliter l'accès aux procédures RH utiles aux cadres, via la Gestion Electronique Documentaire (GED)

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : validation du plan de classement intégrant l'ensemble des procédures

Etape 2 : rédaction et diffusion des procédures RH

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Formation d'un référent GED au sein de la DRH

Procédures opérationnelles, faisant apparaître les conditions d'intervention des acteurs

4. Acteurs

- groupe de travail 5 du projet social
- cadres
- DRH

5. Rôle

- groupes 5 : validation du plan de classement et identification des procédures à diffuser aux cadres
- cadres : utilisateurs, rôle d'évaluation
- rédaction des procédures Rh

6. Moyens humains

- temps nécessaire pour la rédaction des procédures

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- diffusion de la totalité des procédures RH prévues dans le plan de classement validé

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- diffusion de la moitié des procédures RH prévues dans le plan de classement validé

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | | | | | X |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Evaluation du nouveau dispositif : point annuel par le groupe de suivi, sur la base du recueil d'un questionnaire adressé aux cadres

THEME 6 : Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

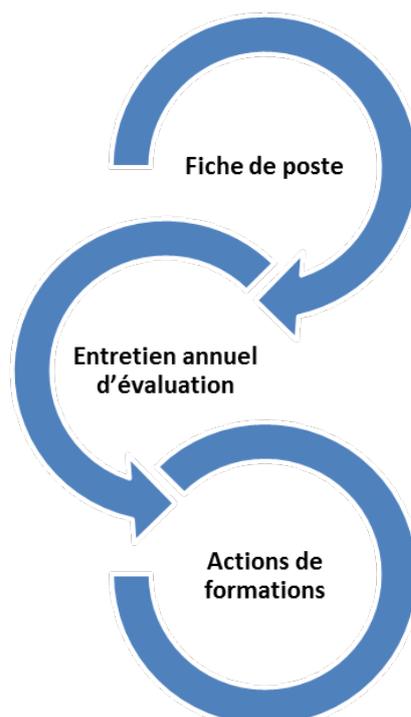
En filigrane des questions de GPMC apparait la question centrale des organisations de travail. Si le sujet n'est pas directement traité dans le projet social, la Direction du CHSD souhaite ouvrir prochainement un chantier en lien notamment avec le projet de soins à venir. Une réflexion devra être menée sur l'organisation des ressources humaines et sur les outils de gestion à mettre en place pour assurer une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources.

Objectifs et enjeux :

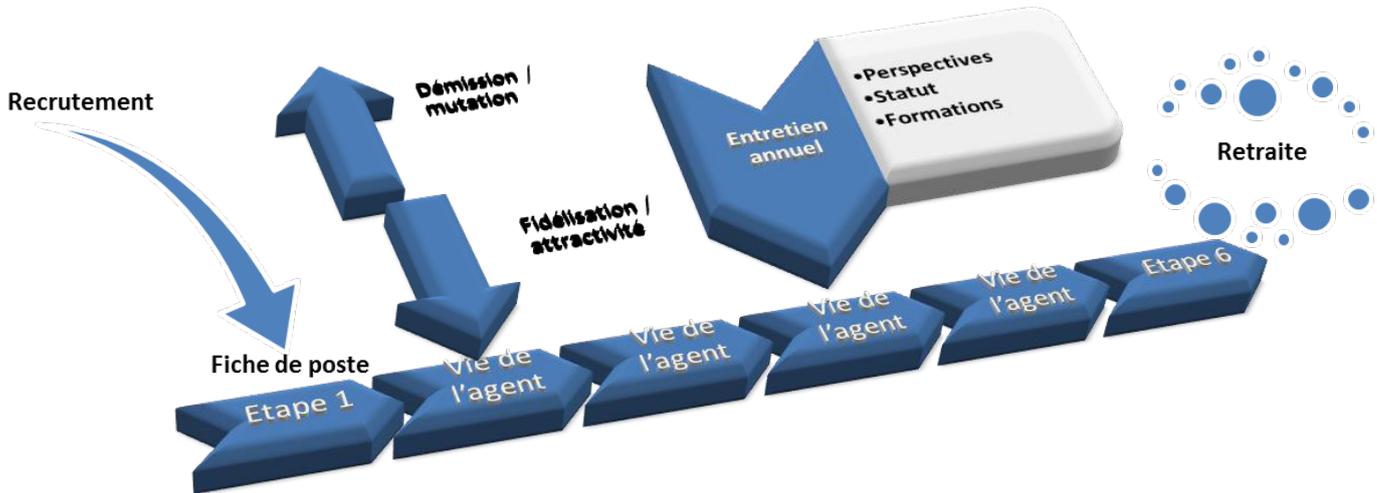
Le secteur de la santé connaît depuis quelques années de grands bouleversements (progrès des techniques médicales, restructuration de l'offre de soins, réorganisation des modes de prise en charge) qui ont directement une incidence sur les évolutions des métiers au sein du centre hospitalier de Saint Denis. La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), aussi appelée Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), est un axe de développement clé des ressources humaines, dans le sens où elle nécessite de mettre en adéquation stratégie, contraintes de l'environnement et besoins en ressources.

Notre approche s'est construite autour d'une idée dominante : La GPEC ne vient pas « en plus » des actions de gestion des ressources humaines traditionnelles. Elle permet de mettre en cohérence les différentes actions RH. Nous avons complété notre analyse fort de la volonté de déployer une offre de GPMC propre et individualisée au centre hospitalier de Saint Denis, certain qu'il n'existe pas une seule façon de faire de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences reproductible et valable pour tous les établissements.

Notre objectif était de donner du sens à la démarche de GPMC en démontrant les interrelations entre les éléments découlant de la GPMC (nous avons parfois été à la croisée des chemins en travaillant notamment avec le groupe 5) :



La finalité de la démarche étant d'obtenir l'adhésion des professionnels du centre hospitalier de Saint Denis, en mettant en lien la GPMC avec la gestion de leur parcours professionnel, leur mobilité, le développement de leurs compétences en synergie avec les projets de l'établissement.



Nous avons voulu déployer au sein du groupe plusieurs fiches actions :

- ✓ **Généralisation des fiches de poste**
- ✓ **Modifier le calendrier des entretiens annuels d'évaluation calendrier commun**
- ✓ **Nouveaux projets pour les promotions professionnelles**
 - Favoriser l'obtention des DAEU (Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires)
- ✓ **Conceptualiser un parcours agent**

Pour ne pas ajouter de guide aux guides, il n'y aura pas de fiche action autour de l'entretien de formation cependant le groupe 6 préconise la rédaction d'une fiche synthétique permettant aux cadres non seulement de connaître les attendus en terme de moyen et de délais mais aussi d'affiner leurs souhaits dans l'accompagnement de leurs agents vers un projet professionnel institutionnel ou personnel (CFP, Promotion professionnelles, VAE).

Etat de l'existant

Généralisation des fiches de poste

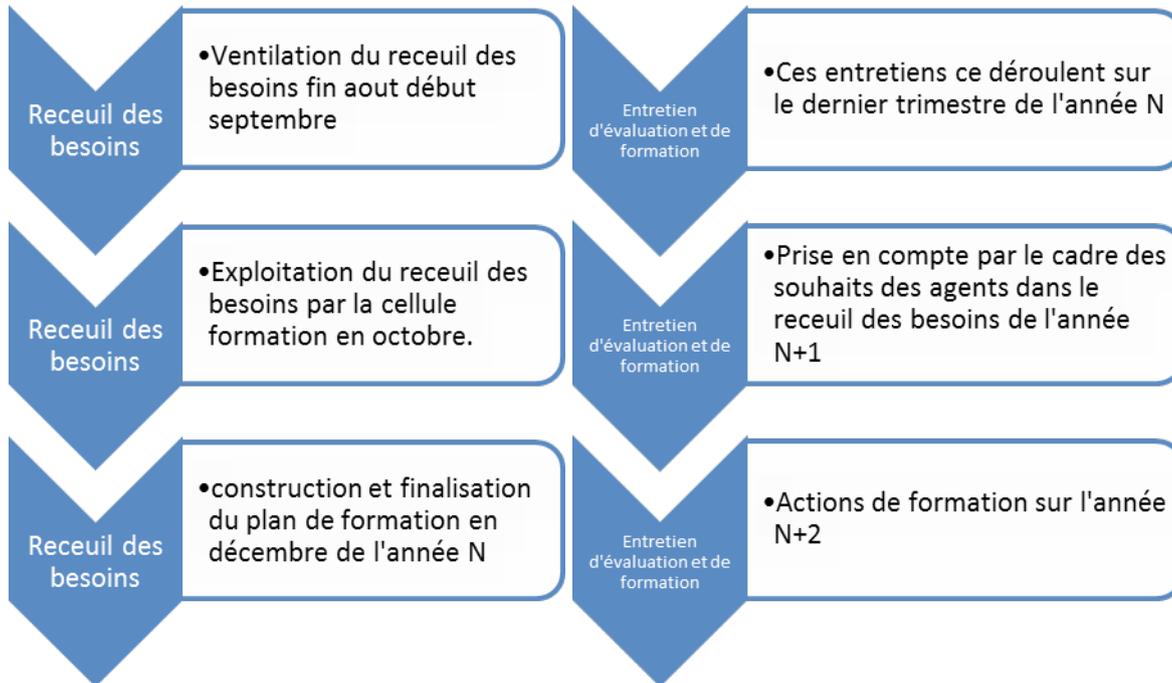
Dans le cadre de l'intégration des nouveaux arrivants en termes de diagnostic, il nous apparait que les fiches de postes ne sont pas nécessairement construites de la même manière selon les pôles et les services. Cette absence d'homogénéité et parfois l'absence de fiche de poste nous ont naturellement amené à envisager ce dossier comme prioritaire.

Modifier le calendrier des entretiens annuels d'évaluation calendrier commun

L'entretien annuel d'évaluation se déroule en septembre pour un retour fin novembre au plus tard, le plan de formation se construit en septembre pour l'année n+1. Actuellement il n'y a pas d'interrelation direct entre l'entretien de formation (Entretien de formation – DPC) et l'entretien annuel d'évaluation. Le décalage d'un an ne permet pas de traduire directement les attentes de l'entretien annuel d'évaluation en actions de formation. Ces éléments génèrent pour le groupe une perte de cohérence quant à la capacité de l'agent de se projeter dans une action de formation à n+2.

2 outils pour construire le plan de formation :

- Le recueil des besoins
- L'entretien de formation



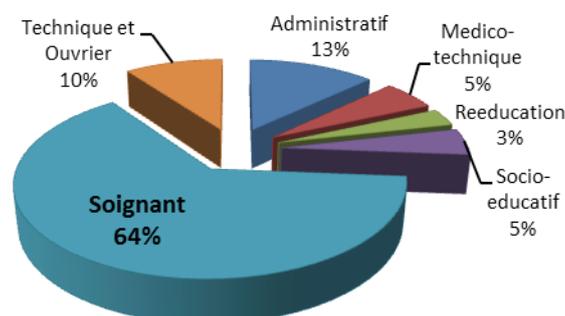
Nouveaux projets pour les promotions professionnelles

Actuellement 90% des études promotionnelles s'inscrivent dans un parcours pour les soignants ce qui traduit une double logique : statistique (64% du personnel du CHSD est de la filière soignante*, impact auprès du plus grand nombre) et finalité de notre activité. Certes certains professionnels hors filière « classique soin » intègrent ces promotions professionnelles mais cela reste assez marginal.

L'objectif du groupe s'inscrit en deux temps :

- via un renfort auprès d'un levier le DAEU (Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires) clé pour permettre l'accès à certaines promotions professionnelles
- via la réorientation de certain budget de la promotion professionnelle notamment en permettant l'ouverture sur certains métiers en tension tel que les orthophonistes, les assistantes sociales ou les kinésithérapeutes et ou permettre d'envisager des reconversions professionnelles en lien avec des difficultés physiques.

* Répartition du personnel
Chiffres juin 2014



Conceptualiser un parcours agent

Pour la dernière fiche action « conceptualisation d'un parcours agent », le groupe constate des carences dans les informations sur les possibilités d'évolution à travers les passerelles identifiées. Plus que des carences c'est surtout le manque de coordination entre les différents acteurs (le cadre via l'entretien d'évaluation, la cellule formation et la cellule de gestion des carrières) qui est à revoir.

Fiche Action 6.1

Généralisation des fiches de poste

Responsable de la mise en œuvre : Bernard DORLAND /Nicolas BOYER

1. Objectifs - Résultat attendu

- Pour les agents : connaître son périmètre de travail et les attentes de son cadre + projections via les filières
- Pour les cadres : outil pour évaluation
- Pour l'administration : recrutement (émanation profil de poste)

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Création groupe projet

Etape 2 : Elaboration de la trame / uniformisation /

Etape 3 : Elaboration d'un guide méthodologique (outil de communication des enjeux de la réalisation des FP)

Etape 4 : Diffusion du modèle

Etape 5 : Co-construction des FP par le cadre et les agents

Etape 6 : Désignation d'un référent FP par pole / déploiement dans la GED

Etape 7 : La FP est réajustée dans le cadre de l'entretien d'évaluation /

Etape 8 : Informatisation

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- « Faire vivre » la fiche de poste qui est avant tout un document individuel
- Exhaustivité des tâches
- Statut de la fonction publique et les notions de grades versus métier
- Mise à jour régulière du SIRH (métier)

4. Acteurs

- Groupe projet : 1 représentant par regroupement de métier (soin x2, administratif, socio-éducatif, technique), un cadre, un responsable du groupe, médecin du W ou référent handicap.
- Cadre de pole / cadre de proximité
- Agents

5. Rôle

- Elaboration de la trame générique et du guide
- Rédaction / lecture des FP trame individualisée
- Rédaction / lecture des FP trame individualisée

6. Moyens humains

- 1 représentant par regroupement de métier
- 1 responsable de groupe
- Cadres de pole / de proximité
- Les agents
- Service informatique

7. Moyens matériels et financiers

- En cas de développement d'un outil informatique spécifique
- Répertoire des métiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- L'ensemble des agents ont une FP individualisée

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Déploiement sur 3 pôles test

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

- La FP doit être associée à l'entretien annuel
- Accès à la GED ou espace RH
- Mise à jour du SIRH

Fiche Action 6.2

Refonte du calendrier de formation et de l'entretien annuel d'évaluation

Responsable de la mise en œuvre : Sébastien BOSCHER

1. Objectifs - Résultat attendu

Lier de manière forte l'entretien annuel d'évaluation et les actions de formation.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Réunion de préparation (cellule de gestion des carrières, cellule paye et cellule formation) objectifs aplanir les contraintes des responsables de cellules.

Etape 2 : Passage en CTE afin d'informer les représentants du personnel des évolutions de calendrier notamment dans le 1^{er} cycle de mise en place (impliquant un cycle court soit une évaluation en mai de l'année N+1) et un retour du recueil des besoins en octobre.

Etape 3 : Réunion d'information à destination des cadres + note de service. Objectif : sensibiliser les cadres notamment sur les contraintes de temps et sur l'obligation d'effectuer un retour des documents (pour intégration des demandes dans le plan de formation N+1)

Etape 4 : dématérialisation des outils afin d'optimiser le retour des documents. A débattre en fonction de la faisabilité.

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- Sur le 1^{er} cycle une démarche d'évaluation au bout de 6 mois
- Respect des échéances

4. Acteurs

- Cellule formation
- Cellule carrière
- Direction des systèmes d'information
- Direction des soins

5. Rôle

- coordination et proposition du retro planning
- distribution des entretiens annuels d'évaluation
- outils / plateforme de recueil des besoins
- communication sur les échéances

6. Moyens humains

- DRH
- Cadres

7. Moyens matériels et financiers

- En cas de dématérialisation appuie à la conceptualisation par la DSI

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Information et note de service diffusée
- Réalisation des actions de formation en lien avec l'entretien de formation de l'année N-1

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- mise en place du nouveau calendrier

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Tenir des engagements stricts en termes de délai dans le rendu des documents (entretien annuel d'évaluation et entretien de formation) auprès de la DRH

Fiche Action 6.3

Redéfinition des promotions professionnelles

Responsable de la mise en œuvre : Bernard Dorland / Victor Terrine

1. Objectifs - Résultat attendu

Ouvrir de nouvelles perspectives de promotion professionnelle dans le cadre d'un parcours agent.
Permettre au CHSD de recruter en interne sur des métiers en tension.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Réalisation d'outils statistique concernant la promotion professionnelle

Etape 2 : Constitution autour d'un groupe de travail d'une réflexion sur les promotions professionnelles / utilisation des outils RH type pyramide des âges/ métiers en tension en terme de recrutement / turn-over

Etape 3 : Définition d'une nouvelle stratégie et d'une clé de répartition dans le budget des promotions professionnelles.

- 1- Maintien du socle des PP soignante (80%)
- 2- PP Métier en tension (orthophoniste /kiné)
- 3- PP exceptionnelle autour de parcours individuelle

Etape 4 : Inclure ces nouvelles mesures dans le guide de formation et le plan

Etape 5 : Soit candidature individuel / soit candidature issu de proposition des cadres (en lien avec l'entretien annuel)

Etape 6 : Promotion des nouveaux métiers

3. Freins éventuels identifiés- Points de vigilance

- Démarche individuel / démarche sur plusieurs années
- Accompagner les agents vers de nouvelles perspectives
- Communication et lisibilité autour du projet
- Capacité d'anticipation autour des métiers en tension
- Fidélisation après formation

4. Acteurs

- Cellule formation
- Dir SOIN et DRH
- Cadres et cadres de pole

5. Rôle

- Articulation de la mesure et mise en œuvre
- Définition stratégique
- Communication

6. Moyens humains

- Cellule formation

7. Moyens matériels et financiers

- Redéploiement du budget des PP

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- 1^{ère} promotion professionnelle sur nouveaux métiers

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Proposition des nouveaux métiers (étape 3)

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

- Jumeler entretien annuel et plan formation en raisonnant selon un calendrier type année scolaire.

Fiche Action 6.4

Favoriser l'obtention du DAEU

Responsable de la mise en œuvre : Malika Raymond

1. Objectifs - Résultat attendu

Inscrire l'obtention du DAEU comme une étape favorisant l'accès aux études promotionnelles
Permettre aux agents non titulaires du baccalauréat d'accéder à des concours soumis à des niveaux de diplôme

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Définir des filières ou parcours de formation avec comme étape initial l'obtention du DAEU

Etape 2 : Diffusion de l'information via la fiche récapitulative + information spécifique

Etape 3 : Constitution des dossiers CFP ou action de formation institutionnelle avec les candidats via la cellule formation

Etape 4 : Favoriser les points d'étape avec des tuteurs

Etape 5 : Mise à jour du SIRH pour tous les nouveaux entrants

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- Le DAEU nécessite une base scolaire minimum
- Formation avant la formation nécessitant une motivation importante (sachant que le DAEU ne conditionne pas nécessairement une PP)
- Mise à jour du SIRH onglet diplômes pour extraction
- Temps de parcours pouvant s'étaler sur 4 ans
- Définir les règles RTT sur jour de formation

4. Acteurs

- Formation
- Cadre
- Communication

5. Rôle

- Inscription dans le plan de formation et suivi des dossiers
- Identifie les agents potentiellement bénéficiaires dans le cadre de l'entretien annuel
- Communication large auprès des agents

6. Moyens humains

-

7. Moyens matériels et financiers

- Investissement budget de formation

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- 1 dossier intégralement constitué pour 1 agent

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Diffusion via les guides + information spécifique

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Inscription du DAEU dans le recueil des besoins de formation

Fiche Action 6.5

Conceptualiser un parcours agent

Responsable de la mise en œuvre : Sébastien BOSCHER

1. Objectifs - Résultat attendu

Proposer un parcours « type » pour les agents leur offrant le maximum de lisibilité sur les opportunités au sein du CHSD

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Constitution d'un groupe projet (DRH (carrière / formation)), coordination des secrétariats médicaux (famille ADM), DSEL (famille technique), cadre pole médicaux technique.)

Etape 2 : Identification des grandes familles de grades afin de proposer des parcours type (groupe projet)

Etape 3 : Réalisation de « fiche type » permettant de visualiser (via des schémas) le parcours d'un agent et les grandes étapes au sein d'une structure hospitalière

Etape 3 bis: Création et modélisation des passerelles entre parcours type, notamment via les actions de formations (promotion professionnelle)

Etape 4 : Mise à disposition des fiches pour les cadres dans l'optique de la préparation de l'entretien annuel d'évaluation

Etape 5 : Création d'un recueil des fiches disponible au sein de la DRH et sur la GED (outil permettant la mise à jour des fiches tous les 3 ans)

Etape 6 : Communication via « entre nous » sur des parcours concret de « progression au sein de l'hôpital »

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- Statut de la fonction publique
- Mise à jour des documents
- Difficulté de conceptualisation
- Prise en compte de parcours individualisés (« hors normes »)
- Pas d'appropriation par les cadres

4. Acteurs

- DRH
- Autres directions et cadre de pole
- Cellule communication

5. Rôle

- Coordination des actions, appui technique sur le statut et les passerelles disponibles, modélisation.
- Mise en perspective des faisabilités
- Identification et mise en avant de parcours au sein de l'établissement

6. Moyens humains

- membre du groupe

7. Moyens matériels et financiers

-

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Intégration des fiches comme outil de l'entretien annuel d'évaluation

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Réalisation des fiches

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Mise à jour régulière et intégration en support d'autre outil.





THEME 7 : Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH

Objectifs et enjeux

Dans une de ses études, Warren Weaver décrivait la communication de façon tripartite en mettant l'accent sur les « trois niveaux des enjeux de la communication », à savoir sa technicité, sa sémantique et son efficacité. Renforcer la synergie communicative est un des enjeux au sein du Centre Hospitalier de Saint-Denis afin de diffuser une information exacte au plus grand nombre et participer ainsi à la valorisation de l'échange social qui reste la finalité même de la communication.

Mieux communiquer vers les agents de l'hôpital permet de développer leur capacité à se situer dans l'établissement et ainsi à mieux vivre dans l'hôpital. Un enjeu fort de la communication institutionnelle est de permettre aux agents d'être maître de leur vie professionnelle en ayant accès à toutes les informations nécessaires à leur évolution professionnelle.

Etat de l'existant

Pour travailler ensemble, il est nécessaire de se comprendre et faire l'effort de se faire comprendre. A ce jour, la rédaction de protocoles, la création de livrets, les réunions thématiques, les portes ouvertes des services témoignent de cette volonté de s'ouvrir à l'autre et de fluidifier la diffusion de l'information au sein du CHSD.

Le magazine *Entrenous*, tiré à plus de 2000 exemplaire à chaque parution est très attendu et très apprécié par le personnel car il permet à l'ensemble du personnel d'être informé sur la vie de l'hôpital.

Le site internet du CH de Saint-Denis est un des différents moyens de communication externe utilisé pour diffuser l'information au-delà des murs de l'hôpital. Ce site s'adresse à la fois au personnel de l'hôpital mais également aux personnes extérieures (visiteurs, patients, futurs recrutés, fournisseurs) souhaitant se renseigner sur l'hôpital. Il semble donc nécessaire de mettre en place une refonte totale du site internet afin de promouvoir les différents services de l'hôpital car le site internet actuel n'est absolument plus adapté aux enjeux de communication actuelle de l'établissement.

Il en va de même pour le site intranet qui, à terme, devra devenir plus ergonomique et intégrer un portail commun à la communication et aux ressources humaines.

Au-delà de tous les outils de communication mis en œuvre, l'interaction sociale devant rester le maître mot de la diffusion de l'information et de la connaissance et la compréhension du métier d'autrui, un nouveau rendez-vous trimestriel viendra rythmer la vie des agents à l'hôpital : *Au carrefour des métiers*, devra être l'occasion pour les services de renforcer le lien inter-services et développer ainsi le sentiment d'appartenance au CHSD. Ce nouvel événement viendra pallier le manque de visibilité inter-services qui jusque-là prédomine au sein de l'établissement.

Afin d'être accessible à tous, la diffusion du règlement intérieur et de l'information RH sera renforcée par la mise en place d'une journée d'information de la DRH une fois par an à l'hôpital Delafontaine et à l'hôpital Casanova.

Le groupe de travail a ainsi élaboré 6 fiches actions permettant de renforcer la communication et la diffusion de l'information RH :

- fiche n° 1 : Refonte totale du site internet
- fiche n° 2 : Evolution du site intranet vers un outil plus ergonomique intégrant un portail commun communication et ressources humaines
- fiche n° 3 : Mise place d'un nouveau rendez-vous *Au carrefour des métiers*
- fiche n° 4 : Mise à jour et diffusion du règlement intérieur
- fiche n° 5 : Mise en place d'une journée d'information de la DRH à Delafontaine et à Casanova
- fiche n° 6 : Amélioration de l'identification des agents

Fiche Action 7.1

Refonte totale du site internet

Responsable de la mise en œuvre : Anissa Taleb

1. Objectifs- Résultat attendu

Mettre en place une refonte totale du site internet afin d'avoir une vraie vitrine du CHSD

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Benchmarker les autres établissements sur le sujet

Etape 2 : Créer un design, rubricage pour le nouveau site internet

Etape 3 : Lister l'ensemble des nouvelles fonctionnalités à mettre en place (prise de rdv en ligne...)

Etape 4 : Présenter la maquette du site à différents acteurs de l'hôpital ayant tous un regard particulier sur l'information à mettre en évidence sur le site (médecin, DRH, communication, écoles)

Etape 5 : Choisir un prestataire pour réaliser le site

Etape 6 : Mettre en place un compteur de visites

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Faire attention à ce que tous les acteurs puissent y trouver leur rubrique et les informations s'y affèrent (vous êtes patients, jeune diplômés, en recherche d'un emploi)

4. Acteurs

- Direction communication et clientèle
- Service informatique

5. Rôle

La direction communication et clientèle chapotera de A à Z la réalisation du site (contenu, design)
Le service informatique apportera son expertise technique sur la mise en place du site.

6. Moyens humains

- Direction communication et clientèle
- Service informatique

7. Moyens matériels et financiers

- Frais du prestataire
(commun pour la création du site internet et du site intranet)

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- La mise en ligne du site visible par tous
- Le nombre de visites est en augmentation

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- La mise en ligne du site en phase de test visible uniquement par la direction communication et clientèle ainsi que le service informatique

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

S'assurer de la maintenance du site internet et de son hébergement.
Le site devra être mis à jour régulièrement.

Fiche Action 7.2

Faire évoluer le site intranet vers un outil plus ergonomique intégrant un portail commun communication et ressources humaines

Responsable de la mise en œuvre :
Anissa Taleb, Dr Mario PULCINI, Patrick LOPEZ

1. Objectifs- Résultat attendu

Créer une interface plus pratique et ergonomique pour diffuser l'information RH et communiquer plus facilement en interne sur les événements de l'établissement avec notamment des vidéos, des photos

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Benchmarker les autres établissements sur le sujet (Gonesse, Montreuil)

Etape 2 : Créer un design, rubricage pour le nouvel intranet

Etape 3 : Lister l'ensemble des informations à diffuser via ce nouveau portail (les fiches de poste, vidéos, photos)

Etape 4 : Créer un système de message interne sur le site pour les agents afin d'échanger des informations

Etape 5 : Mettre en place un compteur de visites

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Prévoir un accès pour les utilisateurs extérieurs, fournisseurs, usagers...

4. Acteurs

- Direction communication et clientèle
- Direction des Ressources Humaines
- Direction des systèmes d'information

5. Rôle

- La direction communication et clientèle apportera son expertise sur le design et l'ergonomie du site.
- La DRH apportera les données RH à intégrer au site
- Le service informatique apportera son expertise technique sur la mise en place du site.

6. Moyens humains

- Direction communication et clientèle
- Direction des Ressources Humaines
- Direction des systèmes d'information

7. Moyens matériels et financiers

- Recrutement d'un webmaster commun avec celui de la refonte du site internet

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- La mise en ligne du site visible par l'ensemble du personnel
- Le nombre de visites est en augmentation

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- La mise en ligne du site en phase de test visible uniquement par la direction communication et clientèle, la DRH et le service informatique

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

S'assurer de la maintenance du site et le faire évoluer en fonction des demandes.
Le site devra être mis à jour régulièrement.

Fiche Action 7.3

Mettre en place un nouveau rendez-vous *Au carrefour des métiers*

Responsable de la mise en œuvre :
Anissa TALEB

1. Objectifs- Résultat attendu

Mettre en place un nouveau rendez-vous trimestriel afin de renforcer le sentiment d'appartenance au CHSD et renforcer le lien inter-services.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Créer un plan de communication sur l'évènement *Au Carrefour des métiers*

Etape 2 : Identifier les services et les pôles qui souhaitent entrer dans ce plan de communication et accueillir le personnel de l'hôpital lors d'une porte ouverte de leur service

Etape 3 : Construction du calendrier des journées portes ouvertes et diffusion

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Faire attention à trouver un moyen de visiter des services non accessibles (le bloc par exemple) sans déranger l'organisation du service le jour de la visite.

4. Acteurs

- Direction de la communication et de la clientèle

5. Rôle

- Faire découvrir les différents métiers de l'hôpital, informer et susciter des vocations.

6. Moyens humains

Direction de la communication et de la clientèle

7. Moyens matériels et financiers

- prévoir un petit buffet après l'évènement

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Au moins 5 services ont participé *Au carrefour des métiers*

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Au moins 2 services ont participé *Au carrefour des métiers*

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | X | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Créer un calendrier permettant de pérenniser cet évènement dans le temps.

Fiche Action 7.4

Mettre à jour et diffuser le règlement intérieur

Responsable de la mise en œuvre : Annick FAUCON, Sébastien SALLES

1. Objectifs- Résultat attendu

Aucun membre du personnel ne doit ignorer ou méconnaître ce qui est écrit dans le règlement intérieur. La diffusion du règlement intérieur permettra ainsi de développer une connaissance partagée des règles et valeurs de l'établissement.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Mettre à jour le règlement intérieur

Etape 2 : Faire un condensé du règlement intérieur et le faire signer à tous les nouveaux arrivants le jour de l'embauche

Etape 3 : Le règlement intérieur devra être disponible sur l'intranet, dans la GED, dans le livret d'accueil et dans les bureaux de la DRH

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Faire bien attention à ce que l'ensemble du personnel signe le règlement intérieur et en garde une copie.

4. Acteurs

- La Direction des Ressources Humaines
- La secrétaire générale

5. Rôle

- Diffuse et fait signer le règlement intérieur, réalise le condensé du règlement intérieur
- Met à jour le règlement intérieur

6. Moyens humains

- La Direction des Ressources Humaines
- La secrétaire générale
- Communication

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Le règlement intérieur est systématiquement signé par les nouveaux arrivants

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Le règlement intérieur a été mis à jour
- Le condensé du règlement intérieur est fait

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | X | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Le règlement intérieur est régulièrement mis à jour.

Fiche Action 7.5

Mise en place d'une journée d'information de la DRH (paye et carrières) pour Delafontaine et Casanova

Responsable de la mise en œuvre : Muriel ROUSTEAU, Anastasie KONAN

1. Objectifs- Résultat attendu

Faire en sorte que l'ensemble du personnel puisse avoir accès à toutes les informations RH utiles sur leur paie et leur carrière.

Diminuer le flux d'agents venant à la DRH pour poser des questions sur leur paie, retraite, carrière etc

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Créer un module de formation. Définir un contenu : fonctionnement des primes, de la retraite, explication de la fiche de paie...

Etape 2 : Fixer un calendrier : une première journée à Casanova en novembre 2014, une deuxième journée à Delafontaine au premier semestre 2015.

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- Faire attention à mettre en place cette journée sur les deux sites (Casanova/Delafontaine)

4. Acteurs

- Direction des ressources humaines

5. Rôle

- Crée le module, fixe le calendrier et dispense la formation

6. Moyens humains

- Direction des ressources humaines

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- une séance d'information est mise en place par site et par année
- Diminution des questions des agents auprès de la DRH

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- le module de formation est construit

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | X | | | | | | |
| Réalisation | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Faire une journée tous les ans car les textes et la réglementation évoluent.

Fiche Action 7.6

Améliorer l'identification des agents

Responsable de la mise en œuvre : Philippe HERMANT, Patrick LOPEZ

1. Objectifs- Résultat attendu

Faire respecter les recommandations HAS sur l'identification du personnel et des intervenants extérieurs.
Exemple : Fournisseurs, visiteurs, personnel administratif et technique (ne portant pas de blouse)...
Faire en sorte que tout le monde puisse être identifié dans l'enceinte de l'établissement.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Identifier et cibler les personnes qui seront concernées par l'identification

Etape 2 : Répertorier les informations devant figurer sur les badges : service, photo, fonction. La mise en place d'un badge devra être effective dans tous les services après avoir été testée dans un service pilote à identifier (l'administration par exemple).

Etape 3 : Systématiser le badge pour tous les nouveaux arrivants. Un système de couleur devra être trouvé pour différencier les médecins, soignants, administratif et visiteurs...

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Attention aux personnels en relation directe avec le public. Cette catégorie de personnel doit être protégée afin de ne pas être identifiable par le public en cas de conflit (l'équipe de sécurité, la chargée des réclamations, les admissions). Le badge ne devra donc faire apparaître que le prénom de ces personnes.

4. Acteurs

- Les responsables des services
- Le service sécurité
- Les services économiques

5. Rôle

- vérifient l'usage des badges par leur personnel et les intervenants extérieurs à l'hôpital (fournisseurs, visiteurs)
- supervision et conseil
- remise des badges pour le personnel

6. Moyens humains

- La personne en charge de la diffusion des cartes de self à la direction des services économiques

7. Moyens matériels et financiers

- Achat des portes badges

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Diffusion à l'ensemble des personnes concernées

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Production des badges

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | | | X | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Organiser un circuit de remise des badges systématique dès qu'un agent est embauché

AXE 3



Améliorer la qualité de vie au travail
et promouvoir un hôpital citoyen



THEME 8 : Développer l'offre sociale à destination du personnel

Objectifs et enjeux

La population de professionnels du CHSD est majoritairement féminine. Les contraintes spécifiques du service public hospitalier, notamment en termes d'horaires de travail, pèsent lourdement sur cette population qui tend à privilégier de plus en plus sa vie personnelle et familiale et se situe dans une exigence accrue par rapport à l'institution.

Le contexte sociétal est par ailleurs caractérisé actuellement par l'éclatement et l'éloignement des cellules familiales traditionnelles, qui induisent un isolement de l'individu par rapport aux problèmes qu'il peut rencontrer dans sa vie quotidienne. Ces problématiques portent sur la cellule familiale (séparation, maladie, décès,...), sur l'accès ou le maintien au logement, sur les finances,... Dans tous les cas, ces difficultés peuvent impacter le cadre professionnel.

Dans ce contexte, le centre hospitalier se doit d'intensifier les actions sociales en faveur du personnel pour faciliter l'exercice professionnel. Une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie personnelle permettra de répondre aux attentes du personnel et sera bénéfique in fine à l'institution.

En matière d'action sociale, le Centre hospitalier a déjà mis en œuvre des actions diverses permettant aux agents de trouver des solutions quant aux difficultés qu'ils rencontrent: parc locatif à disposition des agents en collaboration avec l'office HLM Plaine commune Habitat, crèche du personnel, tarifs dégressifs à la restauration de l'hôpital, accès au CGOS, service social du personnel,...

Le maintien des prestations existantes est un enjeu important pour les agents du centre hospitalier de Saint-Denis. Ces prestations sont très attractives pour les futures embauches ; elles doivent donc être développées.

État de l'existant

Comme notifié ci-dessus, le centre hospitalier de Saint-Denis a mis en place des actions afin de soutenir son personnel dans l'accès à l'emploi :

- **La crèche** a un agrément pour 60 places par jour. Elle travaille avec 95 familles. Il est à noter que les enfants n'y sont plus accueillis à l'anniversaire de leurs 3 ans. Les familles sont bien informées ; cependant, l'arrêt de cet accueil met en difficulté les familles qui doivent trouver une autre solution parfois pour plusieurs mois avant la rentrée scolaire suivante.

D'autres modes de garde existent, mais leur coût est souvent plus élevé et les places sont rapidement saturées.

- **Les logements** : Le centre hospitalier de Saint-Denis est propriétaire de studios dont il fait bénéficier ses agents. Il a également créé un partenariat avec l'office HLM de Plaine commune Habitat et fait bénéficier ses agents de 34 studios supplémentaires et de 17 grands appartements (du F2 au F4).

- **Les tarifs dégressifs au self** : les tarifs sont modulés en fonction du salaire de l'agent depuis octobre 2012

- **Les prestations sociales** : Le centre hospitalier verse chaque année une subvention au CGOS afin que les agents puissent bénéficier de prestations diverses : prestation mode de garde, prestation naissance, vacances et billetterie à tarifs négociés,... Deux après-midis de permanences CGOS sont organisés par semaine.

- **La conseillère sociale et familiale** : vient deux journées par mois afin de rencontrer et accompagner les agents rencontrant de grandes difficultés dans la gestion du budget.

Pour ce nouveau projet social, le groupe de travail s'est attaché à prendre en compte la diversité des métiers du CHSD (soignants, administratifs, techniques...), l'objectif étant de mieux accompagner les agents afin qu'ils trouvent leur épanouissement tant personnel que professionnel.



Le groupe a souhaité travailler sur deux axes existants :

- développer l'information sur le CGOS (intranet, affichage, livret d'accueil)
- étudier la possibilité d'accueillir les enfants au-delà de leurs 3 ans au sein de la crèche

Parallèlement, le groupe a souhaité développer deux nouveaux axes :

- développer l'offre de mode de garde pour les parents de l'hôpital Delafontaine
- créer une conciergerie pour le personnel

Fiche Action 8.1

Développer l'information sur le CGOS

Responsable de la mise en œuvre : Estelle ROUSSEAU

1. Objectifs - Résultat attendu

Malgré les permanences et les distributions de documentation, des déperditions d'information sont à noter, il apparaît donc nécessaire de mieux organiser l'information des agents sur les prestations proposées par le CGOS.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : pour intranet : faire le point sur les informations clés à diffuser pour les agents

Pour la distribution dans les services : créer un document pour la GED rappelant les missions du CGOS et son financement

Etape 2 : Pour intranet : contacter les services informatiques et communication pour la création d'un espace sur intranet

Pour la distribution dans les services : transmettre aux cadres sous enveloppe les documentations envoyées par le CGOS.

Etape 3 : Pour intranet : créer un espace avec les informations du CGOS choisies et ajouter un lien renvoyant sur le site du CGOS à partir d'intranet

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Temps dégagé à la mise sous pli.

4. Acteurs

- service social du personnel
- cadres de service
- services informatique et communication

5. Rôle

- réunir et transmettre la documentation
- mettre à la disposition des agents la documentation
- créer et mettre à jour le support informatique

6. Moyens humains

- temps évalué à 7h30 de travail par mois pour un agent (une fois par mois : réception de la documentation, préparation des enveloppes, postage des enveloppes)

7. Moyens matériels et financiers

- accès à internet et intranet
- 1 grande enveloppe par service et par mois
- étiquettes avec le nom des services et/ou des cadres

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

Espace pour le CGOS sur intranet mis en place

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

Documentation reçue chaque mois distribuée sous enveloppe dans les services

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | X | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

mises à jour sur intranet à faire semestriellement

Mise sous pli de la documentation avec étiquetage

Intégration au livret d'accueil des agents d'une page avec les principales informations CGOS

Fiche Action 8.2

Etudier la possibilité d'accueillir les enfants à la crèche au-delà des 3 ans

Responsable de la mise en œuvre : Catherine HOGRET

1. Objectifs - Résultat attendu

augmenter la capacité d'accueil de la crèche afin d'accueillir les enfants non admissibles à la première année de maternelle mais qui auront trois ans au cours du premier semestre de l'année

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : évaluer précisément le nombre d'enfants supplémentaires concernés, l'espace d'accueil et le personnel supplémentaire nécessaire

Etape 2 : adapter l'espace d'accueil au nombre d'enfants accueillis

Etape 3 : repenser l'organisation de l'équipe professionnelle de la crèche et adapter le projet d'accueil de l'établissement

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Le passage en 12h des agents de l'hôpital nécessite un réajustement de l'organisation de la crèche.
L'orientation vers la scolarisation doit faire l'objet d'une discussion entre le personnel de la crèche et les parents.
Ajustement des effectifs et de l'organisation de la crèche.

4. Acteurs

- personnel de la crèche
- service économat
- service technique
- direction des ressources humaines

5. Rôle

- suivi du projet
- financement des travaux éventuels
- travaux
- recrutement si nécessaire

6. Moyens humains

- recrutement du personnel en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants

7. Moyens matériels et financiers

- locaux
- chaises, repas, jeux, couches

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- maintien des enfants âgés de 3 ans au sein de la crèche
- Poursuite de l'accueil des bébés tout au long de l'année

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- évaluation de l'augmentation du nombre d'enfants, de l'espace et du personnel nécessaire à l'accueil fait

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Accroissement du taux de remplissage

Fiche Action 8.3

Développer l'offre de mode de garde pour les parents de l'hôpital Delafontaine

Responsable de la mise en œuvre : Anissa TALEB

1. Objectifs - Résultat attendu

Mettre en relation les élèves de l'IFSI souhaitant faire du baby-sitting avec les agents ayant besoin d'un mode de garde ponctuel.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : recenser les parents demandeur d'un mode de garde ponctuel et les élèves de l'IFSI souhaitant se mettre à disposition des parents.

Etape 2 : trouver un lieu central dont l'accès est limité aux agents du CHSD et aux élèves de l'IFSI (ex : self de Delafontaine)

Etape 3 : mettre à disposition un tableau pour l'affichage des annonces

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

- mode de garde payant
- seul le parent est employeur, l'hôpital se dégage de toute responsabilité

4. Acteurs

- service social du personnel / service communication
- service communication
- service technique

5. Rôle

- questionnaire à préparer en direction des agents et des élèves + dépouillement
- réflexion sur le lieu à choisir pour installer le panneau
- pose du tableau

6. Moyens humains

- services économiques

7. Moyens matériels et financiers

- achat de tableau

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- tableau mis en place

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- questionnaires dépouillés
- lieu central trouvé pour tableau d'annonces

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | | |
| Réalisation | | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Étendre le dispositif sur les autres sites du centre hospitalier (ex : via intranet)

Ouvrir sur d'autres types d'annonces (ex vente de meuble)

Rappeler ce dispositif dans le journal de l'hôpital

Informers les nouveaux arrivants via le livret d'accueil

Fiche Action 8.4

Créer une conciergerie pour le personnel

Responsable de la mise en œuvre : Vincent DAGUINDAU

1. Objectifs - Résultat attendu

Mettre à disposition des agents des services de proximité leur permettant de concilier leur quotidien et leurs horaires de travail.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Etudier le besoin et définir une offre de services pertinente.

Etape 2 : Etudier l'alternative : prestataire extérieur / régie interne.

Etape 3 : Trouver un local qui puisse accueillir la conciergerie

Etape 4 : Recruter / affecter les agents responsables de la conciergerie en privilégiant les reclassements, (dans le cas d'une régie interne).

Etape 5 : Communiquer auprès des agents sur le dispositif

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

- question de la manipulation d'argent dans le cadre d'une régie interne
- sécurisation du local

4. Acteurs

- DRH et Direction des services économiques
- Communication

5. Rôle

- définir l'offre et les ressources allouées
- diffuser l'information

6. Moyens humains

- 1,5 ETP dans le cas d'une régie interne

7. Moyens matériels et financiers

- montant de la prestation de conciergerie dans le cas d'un prestataire extérieur
- local à mettre à disposition avec accès sécurisé et limité aux agents

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Ouverture de la conciergerie

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- choix de l'alternative Régie interne / prestataire extérieur
- Mise à disposition d'un local

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

- Bilan d'activité après un an de fonctionnement.
- Communication en interne.
- Diversification de l'offre.





THEME 9 : Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital

Objectifs et enjeux

Dans le cadre du projet social, le groupe 9 avait pour mission de favoriser le développement de lieux d'échanges et d'expression.

L'hôpital est paradoxalement un lieu relativement cloisonné alors que nous y sommes tous interdépendants ; notre établissement est un grand village de près de 2 500 personnes et cette réflexion reflète le souhait de pouvoir davantage échanger sur nos pratiques et nos enjeux respectifs. Parce que chacun a quelque chose à apporter, à exprimer, il est important de renforcer des lieux d'échanges et d'expression qui participent à une plus grande richesse et harmonie au sein de notre établissement.

Un premier objectif sera de renforcer les lieux d'échange et d'expression existant, au premier rang desquels figurent certaines instances à thème de l'hôpital. Il s'agira d'ouvrir ces instances sur l'hôpital et de mieux communiquer sur leur action.

Le second objectif est d'organiser de nouveaux espaces d'échanges et d'expression pour le personnel. Cela passera notamment par la mise en place d'une grande consultation du personnel pour encourager l'expression directe de leurs attentes.

Pour ce faire, le groupe de travail composé de médecins, d'agents administratifs et techniques, propose les fiches actions suivantes :

- Renforcer l'ouverture des instances sur l'établissement
- Favoriser le développement de nouveaux lieux d'échange entre agents du CHSD
- Organiser une enquête de satisfaction auprès du personnel

Etat de l'existant

La gouvernance des hôpitaux prévoit une pluralité et une diversité de lieu d'échange et d'expression institutionnels : comité technique d'établissement, comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, commission médicale d'établissement, directoire et conseil de surveillance ; ces différentes instances permettent le débat entre les différents élus de l'établissement : médecins, soignants, administratifs et techniques, avec des élus du territoire de santé. Y sont discutées, et votées les grandes orientations et les principaux dossiers structurant la vie et les projets de l'hôpital.

D'autres lieux sont également prévus pour faire émerger certaines thématiques fondamentales de l'hôpital, CLUD, CLIN, COQSS, commission des soins infirmiers ... Certaines réunions enfin ont été institutionnalisées pour garantir un débat et une information plus transversale et pluri professionnelle : comités des pôles, réunions inter cadres ...

S'y ajoutent bien sûr un nombre important de réunions portant sur des sujets plus spécifiques, dans le cadre du dialogue de gestion entre la direction et les responsables de pôles, réunions thématiques autour de secteurs d'activités sur le plateau de consultations, le plateau technique, l'avenir du laboratoire, l'activité ambulatoire

Enfin, l'hôpital propose et organise des temps de convivialité et d'échange informels entre les agents comme la fête annuelle du personnel, le Noël des enfants, des portes ouvertes de services.

Fiche Action 9.1

Renforcer l'ouverture des instances sur l'établissement

Responsable de la mise en œuvre: Anissa TALEB

1. Objectifs- Résultat attendu

- ✓ Ouvrir la possibilité d'élargir la participation de certains professionnels aux instances thématiques (CLUD, CLAN) pour enrichir les débats et mieux en diffuser les conclusions
- ✓ Permettre au personnel de s'impliquer davantage dans la vie de l'hôpital

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Lister l'ensemble des instances thématiques qui existent déjà : fonctionnement, composition, renouvellement et étudier la faisabilité de leur ouverture en fonction de l'analyse des ordres du jour. Définir quelles thématiques peuvent être proposées à un débat élargi.

Etape 2 : Promouvoir les différentes instances dans les supports de communication existants (intranet, « entre nous ») en mettant en lumière leur participation à la vie institutionnelle de l'hôpital

Etape 3 : Communiquer sur un agenda des dates de chaque instance

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Respecter la réglementation applicable aux dites instances
Respecter le principe de confidentialité de certaines discussions

4. Acteurs

- Responsable désigné de chacune des instances
- Direction générale

5. Rôle

- Propositions et formalisation de la plus-value attendue de cette ouverture
- valide

6. Moyens humains

- Réunion de coordination des différents responsables d'instances

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action(100 %)

- Participation de nouvelles personnes aux différentes instances
- Amélioration de la visibilité de certains débats ayant eu lieu au sein d'instances de l'hôpital

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Une rubrique dédiée est prévue dans le magazine « Entrenous »

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | X | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | | X | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Institutionnalisation de la démarche

Fiche Action 9.2

Favoriser le développement de nouveaux lieux d'échange entre agents du CHSD

Responsable de la mise en œuvre : Dr Marin

1. Objectifs- Résultat attendu

- ✓ Meilleure connaissance et cohésion entre les différents services, et à l'intérieur des services eux-mêmes
- ✓ Créer du lien social entre les agents de l'hôpital au-delà de leurs professions et de leurs secteurs d'activité ainsi qu'entre les agents en activité et les retraités de l'hôpital
- ✓ Renforcer la culture d'appartenance à l'hôpital
- ✓ Intégrer ces différentes actions dans la vie institutionnelle de l'hôpital

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Généraliser l'organisation d'expositions dans le hall d'entrée du BMC (Partenariats avec des acteurs de la ville (expositions...))

Etape 2 : Organisation de portes ouvertes des différents services

Etape 3 : Création d'un réseau d'anciens du CHSD à proposer à tous ceux qui quittent l'hôpital

Etape 4 : Un « cinéclub » à monter (moment vidéo de court métrage en lien avec l'univers de la santé)

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Actions chronophages

4. Acteurs

- Direction communication et clientèle
- Appel au volontariat
- Bénévoles « anciens » du CHSD
- Partenariats avec des associations, des écoles, des musées,

5. Rôle

- Préciser les modalités et le calendrier par année scolaire des actions programmées

6. Moyens humains

7. Moyens matériels et financiers

- Se faire financer par des associations

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Résultat de l'enquête de satisfaction

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre d'actions réalisées dans l'année
- Nombre de visiteurs (passages)

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | | | X | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Pérennité d'un comité d'appui rattaché au service de la communication

Fiche Action 9.3

Organiser une enquête de satisfaction auprès du personnel

Responsable de la mise en œuvre : Marc Bourri et Marlène Bazeli

1. Objectifs- Résultat attendu

- ✓ Recueillir les attentes du personnel : leurs besoins, leur satisfaction actuelle, ce qui les intéresse...
- ✓ Mettre en place le questionnaire

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Construire le questionnaire.

Faire un questionnaire en version numérique et/ou papier dans le respect des recommandations de l'HAS

Etape 2 : Diffusion du questionnaire

Etape 3 : Exploitation du questionnaire

3. Freins éventuels identifiés - Points de vigilance

Quels items retenir ?

Modalités de construction du questionnaire (questions ouvertes/fermées)

4. Acteurs

- Direction communication et clientèle
- DRH

5. Rôle

- réalisation du questionnaire
- exploitation des réponses et formulations de recommandations en découlant

6. Moyens humains

- Services de la communication et DRH

7. Moyens matériels et financiers

- reprographie

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Pourcentage de retour du questionnaire par rapport au nombre d'émission

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

-

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | | | X | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | |
| Réalisation | | | | | X | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

- ✓ Recueillir régulièrement les informations
- ✓ Faire des points infos réguliers





Projet social
2014-2017

THEME 10 : Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire

Objectifs et enjeux

Un hôpital responsable et citoyen est un hôpital concerné par la notion de développement durable.

Le développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. De plus en plus partagée, notamment du fait de la raréfaction des ressources naturelles (pétrole, gaz, forêts,...), cette notion apparaît de plus en plus dans les discours.

Au-delà des mots, il s'agit bien de définir une réelle politique développement durable au sein des établissements de santé, de définir des objectifs collectifs et d'engager des actions concrètes.

Les hôpitaux représentent un enjeu particulier dans cet engagement. En effet, ce sont de gros consommateurs d'énergie, de ressources, d'importants producteurs de déchets, des sources de pollution. Mais ce sont également des acteurs économiques importants et des promoteurs de santé. Ces établissements sont donc particulièrement concernés par le développement durable.

Au-delà de l'enjeu strictement environnemental, un établissement hospitalier se doit de décliner sa politique de développement durable dans toutes ses dimensions, notamment :

- ✓ la dimension économique, en faisant « la chasse au gaspillage » et en réduisant les surcoûts ;
- ✓ la dimension sociale, en prenant en compte les notions de bien-être et de bien vivre au travail.

Pour toutes ces raisons, les obligations qui s'imposent aux hôpitaux en matière de développement durable sont de plus en plus importantes.

Le CHSD s'est engagé avec détermination dans la démarche de développement durable.

En effet, quoi de plus évident pour un hôpital que de s'intéresser à la qualité de son environnement, à la préservation de ses ressources et au bien-être au travail de son personnel.

L'hôpital doit lui-même être exemplaire et responsable pour réduire l'impact de ses activités sur l'environnement. Nous tous, au sein de l'hôpital, avons l'opportunité d'agir, en diminuant nos consommations d'énergie, de papier, d'eau, en respectant les recommandations de tri des déchets, etc. En agissant chacun au quotidien sur notre lieu de travail, nous participons à un projet collectif et nous contribuons à la maîtrise de nos ressources privilégiant ainsi les soins et l'accueil des patients.

De même, l'hôpital est un élément majeur du paysage urbain de la ville de Saint-Denis. Il doit apprendre à travailler avec les autres acteurs du territoire comme les associations locales. Il se doit d'être réactif et de saisir les opportunités incitant au développement du tissu économique local.

Le CHSD, prend conscience de l'importance et la nécessité de s'investir dans une démarche de développement durable au vu, comme tout établissement de santé, des impacts qu'il peut engendrer (consommation d'énergie importante, forte production de déchets...).

Ainsi, l'établissement a décidé de s'engager dans cette démarche en impliquant les différents professionnels de la structure.

L'objectif est d'intégrer les trois dimensions du développement durable dans son organisation :

- ✓ Environnement : l'hôpital souhaite réduire les impacts néfastes en travaillant sur des problématiques telles que : tri des déchets, la gestion des énergies... ;
- ✓ Social : l'objectif de l'établissement est d'augmenter la prise en compte de la dimension sociale en travaillant sur : le bien-être au travail, la communication, ... ;
- ✓ Economie : l'hôpital veut préserver une croissance économique pérenne en abordant des problématiques telles que : les consommations, les achats...et bien sûr être un acteur phare du tissu économique local.

Etat de l'existant

| EN INTERNE | | EN EXTERNE | |
|---|--|--|---|
| Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le DD est une démarche soutenue par la Direction Générale. • Nombreux projets transverses déjà en cours, habitude des services à la collaboration. • La construction de nouveaux bâtiments en normes HQE. | <ul style="list-style-type: none"> • Le coût parfois élevé de la mise en place de la démarche. • Le suivi des actions doit être pérenne et consciencieux. • L'UCP a été récemment internalisée (3 ans), et l'encadrement est très récent, les bases sont encore fragiles. | <ul style="list-style-type: none"> • Le DD est une démarche personnelle entrée dans la vie courante. • De nombreux indicateurs de performance existent déjà et des exemples servent de référence (CHU du Mans). • Le Trésor Public recense les marchés avec des clauses DD en vue de sensibiliser les services publics. | <ul style="list-style-type: none"> • Les aspects administratifs et réglementaires sont extrêmement lourds. • Les TPE/PME répondent peu aux marchés publics. |

* CME : Comité Médical d'Etablissement ; DD : Développement Durable ; HQE : Haute Qualité Environnementale ; IUT : Institut Universitaire de Technologie (le diplôme est un Bac +2) ; PME : Petites et Moyennes Entreprises (de 10 à 250 salariés) ; TPE : Très Petites Entreprises (moins de 10 salariés) ; UCP : Unité Centrale de Production (cuisine centrale)

Les 5 fiches actions proposées prennent donc en compte les 3 dimensions citées ci-dessus.

| Environnement | Social | Economie |
|---|--|--|
| <p> limiter le gaspillage du papier au sein du CHSD</p> | <p> Développer le co-voiturage entre agents</p> | <p> Construire une politique d'achat responsable et écoresponsable</p> |
| | <p> Améliorer les conditions de transport des agents du CHSD hors co-voiturage</p> | |
| | <p> Redistribuer la nourriture non utilisée aux associations locales</p> | |

Fiche Action 10.1

Construire une politique d'achat responsable et écoresponsable

Responsable de la mise en œuvre : Aurélie DOGNON

1. Objectifs - Résultat attendu

Instaurer le développement durable (DD) dans la politique d'achat du CHSD

Définition INSEE du DD :

Le développement durable est « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », citation de Mme Gro Harlem Brundtland, Premier Ministre norvégien (1987).

En 1992, le Sommet de la Terre à Rio, tenu sous l'égide des Nations unies, officialise la notion de développement durable et celle des trois piliers (économie/écologie/social) : un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Intégrer des clauses liées au DD dans les marchés publics du CHSD

Etape 2 : Favoriser l'achat dans les TPE/PME du tissu d'activité local

Etape 3 : Création d'une charte DD pour le CHSD mettant en avant une politique d'achat DD (environnemental et sociétal)

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Attention à ne pas être discriminant avec des clauses DD trop restrictives et élitistes

4. Acteurs

- L'ensemble des agents du CHSD
- La cellule des marchés qui rédige les marchés publics au CHSD

5. Rôle

- Compréhension et respect de la charte DD
- Prendre en compte le DD dans les marchés publics et favoriser les achats dans le 93.

6. Moyens humains

- L'ensemble des agents du CHSD
- La cellule des Marchés du CHSD

7. Moyens matériels et financiers

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Rédaction et mise en place de la charte
- Comptabilisation du nombre de marchés rédigés avec une clause DD*

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Rédaction de la charte

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | X | | | | | |
| Réalisation | | X | | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Il est nécessaire d'avoir une communication active sur ce sujet, notamment en informant les nouveaux agents. Les écrans des distributeurs de boissons peuvent relayer l'information.

*A noter : le Trésor Public demande pour chaque marché public créé par le CHSD si oui ou non une clause liée au DD est appliquée

Fiche Action 10.2

Développer le co-voiturage entre agents

Responsable de la mise en œuvre : Marie AGBO

1. Objectifs - Résultat attendu

Permettre aux agents du CHSD de profiter d'une solution de co-voiturage organisée

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Recensement des besoins – Enquête auprès des utilisateurs potentiels

Etape 2 : Au choix

- Achat et mise en place d'une solution « full web » donc accessible quel que soit le lieu, seule une connexion internet est nécessaire (coût estimatif 4 000€HT)

- Demander à un stagiaire de l'IUT de Bobigny de se charger de la création. Le Dr Cohen en a fait la demande le 11/02. La réponse est positive et sans conséquence financière pour l'établissement.

Etape 3 : Assurer le suivi et les mises à jour du site internet, faire un retour sur investissement

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Il faut un minimum d'agents intéressés pour lancer le site

Autre point, peut-on inclure une participation financière pour dédommager les conducteurs ?

Enfin, il est impératif de faire signer une carte à chaque conducteur validant la détention d'un permis et d'une assurance pour chaque véhicule.

4. Acteurs

- L'ensemble des agents du CHSD avec et sans véhicule.
- Le service informatique et/ou un prestataire extérieur.

5. Rôle

- Conducteur et/ou passager
- Pour la maintenance du site de réservation en ligne.

6. Moyens humains

-

7. Moyens matériels et financiers

- 4 000€HT

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Nombre d'inscrits ACTIFS

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Mise en ligne du site

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | x | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | x | | | | | |
| Réalisation | | | | x | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Il est nécessaire d'avoir une communication active sur ce sujet, notamment en informant les nouveaux agents. L'information peut être relayée par : l'intranet, la page Facebook, les réunions de cadres, la CME et via un flyer distribué avec les fiches de paye et faire un lancement de communication par voie d'affichage notamment au self et dans les blocs ascenseurs personnel en début de d'opération.

Fiche Action 10.3

Redistribuer la nourriture non utilisée aux associations locales

Responsable de la mise en œuvre : Michel NICOLY

Avec Catherine VAUCONSANT – Vincent DAGUINDAU – Aurélie DOGNON

1. Objectifs - Résultat attendu

Comment procéder pour redistribuer la nourriture produite par le CHSD et ce, dans un cadre réglementaire particulièrement restreint ?

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Prendre contact avec le CHU du Mans qui a déjà entrepris cette démarche

Etape 2 : Répondre à l'appel à projets du Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

Etape 3 : En cas d'obtention de subvention, mise en place du processus de production établi avec le consultant et suivi.

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Identifier les associations de transport et de distribution des excédents alimentaires.

La logistique à mettre en place est très lourde.

Sans la subvention du ministère, le projet ne pourra pas aboutir.

4. Acteurs

- L'unité centrale de production du CHSD (cuisine)
- Les associations partenaires
- Les bénéficiaires

5. Rôle

- Pour la production d'excédents alimentaires.
- Pour le transport et la distribution des excédents.

6. Moyens humains

- L'unité centrale de production du CHSD (cuisine)

7. Moyens matériels et financiers

- Les calculs ont été faits à isopérimètre en termes de personnel et de matériel.

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- La réorganisation et l'ajustement du processus de production des excédents alimentaires.
- Le récapitulatif mensuel et annuel des dons.

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- La réussite de l'appel à projets du ministère

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | X | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | | X | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Le réseau hôpital/associations doit être parfaitement étudié et solide.

Fiche Action 10.4

Améliorer les conditions de transport des agents du CHSD hors co-voiturage

Responsable de la mise en œuvre : Marie AGBO – Paola CLEMENTE

1. Objectifs - Résultat attendu

Le but est de rendre l'accès à l'hôpital plus facile et plus sécurisé.

La notion de co-voiturage fait l'objet d'une fiche à part entière.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Sécuriser le parking

Etape 2 : Améliorer la signalétique du parking à vélos. Etudier la cartographie des bornes « voisines »

Etape 3 : Installation d'une borne VELIB et/ou AUTOLIB à proximité ou à l'intérieur du CHSD et de Casanova

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Le coût de la sécurisation du parking (augmentation possible du nombre d'agents de sécurité, de caméras de surveillance) => à voir avec le responsable de la sécurité.

La possibilité d'installer les bornes et d'assurer la sécurité de ces dernières.

4. Acteurs

- Les patients, les visiteurs et les agents du CHSD

5. Rôle

- Utilisateurs

6. Moyens humains

-Les services économiques
-Les services techniques
-Le service sécurité

7. Moyens matériels et financiers

-10 000€ pour l'achat d'un appareil pour la création de signalétique
-une augmentation possible du nombre d'agents de sécurité si des caméras supplémentaires sont achetées

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- L'installation de bornes
- L'installation de la signalétique

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- le dépôt du dossier AUTOLIB, l'achat du matériel de signalétique, l'achat de caméras de surveillance, le recrutement de nouveaux agents de sécurité.

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| Lancement | x | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | x | | | | |
| Réalisation | | | x | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Il est nécessaire de bien communiquer l'emplacement de la borne AUTOLIB grâce à une communication aussi bien à destination des agents que des visiteurs. Idéalement, la ville de Saint-Denis pourrait s'associer avec le CHSD pour agrandir le réseau de bornes.

Fiche Action 10.5

Limiter le gaspillage du papier au sein du CHSD

Responsable de la mise en œuvre : Paola CLEMENTE

1. Objectifs - Résultat attendu

Réduire la consommation de papier au sein de l'établissement mais aussi limiter le gaspillage en valorisant la collecte de papier et en informant les agents des coûts engendrés par ce dernier.

2. Description de l'action en étapes

Etape 1 : Lancer une enquête auprès des agents sur le gaspillage service par service

Etape 2 : Valoriser financièrement le coût du gaspillage et communication adaptée auprès des services
Achat de destructeurs de documents et de poubelles de tri notamment dans les services administratifs

Etape 3 : Valoriser l'économie créée par le tri sélectif

3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance

Nous devons prendre en compte la réglementation liée à la traçabilité qui nécessite toujours, à ce jour, beaucoup de documents papier. Il est intéressant de se rapprocher du service Qualité du CHSD pour minimiser l'impact de cette consommation.

4. Acteurs

- L'ensemble des agents du CHSD
- Le service Qualité
- Les sociétés de recyclage de papier

5. Rôle

- Pour leur « action citoyenne »
- Pour l'accompagnement et le choix d'une alternative au papier.
- Pour leur aide à quantifier de façon ludique les résultats de la réduction de la consommation de papier.

6. Moyens humains

- Les agents du CHSD
- Le service économique

7. Moyens matériels et financiers

- Achat de poubelles de tri et de destructeurs de papier.

8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %)

- Le papier est collecté au CHSD et acheté par une société extérieure. les montants sont versés par ladite société, la diminution d'achat de papier est évaluée.

9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%)

- Achat de destructeurs et de poubelles de tri

10. Calendrier de la mise en œuvre

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | |
| Lancement | | | | X | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | X | | | | |
| Réalisation | | | | X | | | | |

11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action

Il est nécessaire d'avoir une communication active sur ce sujet, notamment en informant les nouveaux agents. L'information peut être relayée par : l'intranet, la page Facebook, les réunions de cadres, la CME et via un flyer distribué avec les fiches de paye et faire un lancement de communication par voie d'affichage notamment au self et dans les blocs ascenseurs personnel en début de d'opération.

Tableau de bord des fiches actions

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 |
| THEME 1 : Identifier et agir contre les risques professionnels | | | | | | | | |
| 1.1 Mieux intégrer les Risques psycho-sociaux dans notre cartographie des risques | | X | | | | | | |
| 1.2 Développer l'action du Référent en Troubles Musculo-squelettiques | | | X | | | | | |
| 1.3 Accompagner les agents faces aux incivilités et aux conduites agressives | | | | X | | | | |
| 1.4 Améliorer l'élaboration du document unique | | X | | | | | | |
| 1.5 Associer le personnel concerné au choix de matériels et d'équipements | | | | | | | | X |
| THEME 2 : Renforcer l'action du Service de Santé au Travail | Sem 2 | Sem 1 |
| 2.1 Acquisition d'un logiciel pour le service de santé au travail | | X | | | | | | |
| 2.2 Pérenniser l'équipe de médecine du travail | | X | | | | | | |
| 2.3 Mise en place d'un dispositif de gestion de crise pour le personnel | | X | | | | | | |
| 2.4 Organisation d'une méthodologie d'analyse des causes des accidents du travail | | | | X | | | | |
| 2.5 Améliorer l'information du cadre sur les restrictions d'aptitude de l'agent | | X | | | | | | |
| THEME 3 : Optimiser la gestion des inaptitudes et du handicap | Sem 2 | Sem 1 |
| 3.1 Renouveler la convention avec le FIPHFP | | | | X | | | | |
| 3.2 Rédaction d'un « Memo » à destination des agents en situation de reclassement | | | | | | X | | |
| 3.3 Favoriser le maintien sur le poste en ayant recours à des aides techniques et/ou des aménagements ergonomiques | | | | X | | | | |
| 3.4 Conclure un partenariat avec le SAMETH | | X | | | | | | |
| 3.5 Revoir les documents et modalités de liaison entre la médecine du personnel et la DRH | | | | X | | | | |
| THEME 4 : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels | Sem 2 | Sem 1 |
| 4.1 Assurer la représentation du CHSD dans des manifestations nationales, régionales ou locales | | | | | | X | | |
| 4.2 Enrichir et délivrer systématiquement le livret d'accueil | | | | X | | | | |
| 4.3 Professionnaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivants | | | | | | X | | |
| 4.4 Mettre en place une journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants | | | | X | | | | |

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Sem 2 | Sem 1 |
| THEME 5 : Développer les bonnes pratiques de Management | | | | | | | | |
| 5.1 Professionnaliser le cadre dans son rôle d'évaluateur et créer un guide de l'évaluation professionnelle | | | X | | | | | |
| 5.2 Intégrer les Risques Psychosociaux dans la pratique managériale | | | X | | | | | |
| 5.3 Formaliser les procédures RH et les diffuser à l'encadrement | | | | | | | | X |
| THEME 6 : Développer la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences | Sem 2 | Sem 1 |
| 6.1 Généralisation des fiches de poste | | | | X | | | | |
| 6.2 Refonte du calendrier de formation et de l'entretien annuel d'évaluation | | | X | | | | | |
| 6.3 Redéfinition des promotions professionnelles | | | | | X | | | |
| 6.4 Favoriser l'obtention du DAEU | | | X | | | | | |
| 6.5 Conceptualiser un parcours agent | | | | | | X | | |
| THEME 7 : Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH | Sem 2 | Sem 1 |
| 7.1 Refonte totale du site internet | | | | X | | | | |
| 7.2 Faire évoluer le site intranet vers un outil plus ergonomique intégrant un portail commun communication et RH | | | | | | X | | |
| 7.3 Mettre en place un nouveau rendez-vous <i>Au carrefour des métiers...</i> | | | | | X | | | |
| 7.4 Mettre à jour et diffuser le règlement intérieur | | X | | | | | | |
| 7.5 Mise en place d'une journée d'information de la DRH (paye et carrières) | | X | | | | | | |
| 7.6 Améliorer l'identification des agents | | | | | | | | X |
| THEME 8 : Développer l'offre sociale à destination du personnel | Sem 2 | Sem 1 |
| 8.1 Développer l'information sur le CGOS | | | | X | | | | |
| 8.2 Etudier la possibilité d'accueillir les enfants à la crèche au-delà des 3 ans | | | | | | X | | |
| 8.3 Développer l'offre de mode de garde pour les parents de l'hôpital Delafontaine | | | X | | | | | |
| 8.4 Créer une conciergerie pour le personnel | | | | | | | | X |
| THEME 9 : Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital | Sem 2 | Sem 1 |
| 9.1 Renforcer l'ouverture des instances sur l'établissement | | | | | | | X | |
| 9.2 Favoriser le développement de nouveaux lieux d'échange entre agents du CHSD | | | | | | | | X |
| 9.3 Organiser une enquête de satisfaction auprès du personnel | | | | | | X | | |

| | THEME 10 : Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | |
|------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 |
| 10.1 | Construire une politique d'achat responsable et écoresponsable | | X | | | | | | | |
| 10.2 | Développer le co-voiturage entre agents | | | | X | | | | | |
| 10.3 | Redistribuer la nourriture non utilisée aux associations locales | | | | | X | | | | |
| 10.4 | Améliorer les conditions de transport des agents du CHSD hors co-voiturage | | | | | | | | | |
| 10.5 | Limiter le gaspillage du papier au sein du CHSD | | | | | X | | | | |

Synthèse économique du projet social

| | | RESULTAT FINANCIER | |
|-----------------|--|---------------------|---------------------|
| | | Investissement | Exploitation |
| GROUPE 1 | | | |
| 1.1 | Mieux intégrer les Risques psycho-sociaux dans notre cartographie des risques | | -2 580,00 € |
| 1.2 | Développer l'action du Référent en Troubles Musculo-squelettiques | | -250,00 € |
| 1.3 | Accompagner les agents faces aux incivilités et aux conduites agressives | | -7 200,00 € |
| 1.4 | Refonte du Document Unique | | -5 160,00 € |
| 1.5 | Associer le personnel concerné au choix de matériels et d'équipements | | 0,00 € |
| | | | -15 190,00 € |
| GROUPE 2 | | | |
| 2.1 | Acquisition d'un logiciel pour le service de santé au travail | -70 000,00 € | -31 333,33 € |
| 2.2 | Pérenniser l'équipe de médecine du travail | | -12 600,00 € |
| 2.3 | Mise en place d'un dispositif de gestion de crise pour le personnel | | -873,00 € |
| 2.4 | Organisation d'une méthodologie d'analyse des causes des accidents du travail | | 0,00 € |
| 2.5 | Améliorer l'information du cadre sur les restrictions d'aptitude de l'agent | | 0,00 € |
| | | -70 000,00 € | -44 806,33 € |
| GROUPE 3 | | | |
| 3.1 | Renouveler la convention avec le FIPHFP | | 0,00 € |
| 3.2 | Rédaction d'un « Memo » à destination des agents en situation de reclassement | | -5 000,00 € |
| 3.3 | Favoriser le maintien sur le poste en ayant recours à des aides techn. et/ou des aménag. ergo. | | 0,00 € |
| 3.4 | Conclure un partenariat avec le SAMETH | | 0,00 € |
| 3.5 | Revoir les documents et modalités de liaison entre la médecine du personnel et la DRH | | 0,00 € |
| | | | -5 000,00 € |
| GROUPE 4 | | | |
| 4.1 | Assurer la représentation du CHSD dans des manifestations nationales, régionales ou locales | | -15 000,00 € |
| 4.2 | Enrichir et délivrer systématiquement le livret d'accueil | | -3 500,00 € |
| 4.3 | Professionaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivants | | -12 300,00 € |
| 4.4 | Mettre en place une journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants | | -1 500,00 € |
| | | | -32 300,00 € |
| GROUPE 5 | | | |
| 5.1 | Professionaliser le cadre dans son rôle d'évaluateur et créer un guide de l'évaluation prof. | | -3 000,00 € |
| 5.2 | Intégrer les Risques Psychosociaux dans la pratique managériale | | 0,00 € |
| 5.3 | Formaliser les procédures RH et les diffuser à l'encadrement | | 0,00 € |
| | | | -3 000,00 € |
| GROUPE 6 | | | |
| 6.1 | Généralisation des fiches de poste | | 0,00 € |
| 6.2 | Refonte du calendrier de formation et de l'entretien annuel d'évaluation | | 0,00 € |
| 6.3 | Redéfinition des promotions professionnelles | | 0,00 € |
| 6.4 | Favoriser l'obtention du DAEU | | 0,00 € |
| 6.5 | Conceptualiser un parcours agent | | 0,00 € |
| | | | 0,00 € |

| | | | |
|------|--|-----------------------|----------------------|
| | GROUPE 7 | | |
| 7.1 | Refonte totale du site internet | | -52 150,00 € |
| 7.2 | Faire évoluer le site intranet vers un outil plus ergo. intégrant un portail commun com ^o et rh | | 0,00 € |
| 7.3 | Mettre en place un nouveau rendez-vous Au carrefour des métiers... | | -3 000,00 € |
| 7.4 | Mettre à jour et diffuser le règlement intérieur | | 0,00 € |
| 7.5 | Mise en place d'une journée d'information de la DRH (paye et carrières) | | 0,00 € |
| 7.6 | Améliorer l'identification des agents | | -3 555,00 € |
| | | | -58 705,00 € |
| | GROUPE 8 | | |
| 8.1 | Développer l'information sur le CGOS | | -3 500,00 € |
| 8.2 | Développer l'offre de mode de garde pour les parents de l'hôpital Delafontaine | | -1 000,00 € |
| 8.3 | Etudier la possibilité d'accueillir les enfants à la crèche au-delà des 3 ans | -40 000,00 € | -90 000,00 € |
| 8.4 | Créer une conciergerie pour le personnel | | -44 040,00 € |
| | | -40 000,00 € | -138 540,00 € |
| | GROUPE 9 | | |
| 9.1 | Renforcer l'ouverture des instances sur l'établissement | | 0,00 € |
| 9.2 | Favoriser le développement de nouveaux lieux d'échange entre agents du CHSD | | 0,00 € |
| 9.3 | Organiser une enquête de satisfaction auprès du personnel | | -5 000,00 € |
| | | | -5 000,00 € |
| | GROUPE 10 | | |
| 10.1 | Construire une politique d'achat responsable et écoresponsable | | 0,00 € |
| 10.2 | Développer le co-voiturage entre agents | -4 800,00 € | -2 400,00 € |
| 10.3 | Redistribuer la nourriture non utilisée aux associations locales | | 0,00 € |
| 10.4 | Améliorer les conditions de transport des agents du CHSD hors co-voiturage | -12 000,00 € | -4 000,00 € |
| 10.5 | Limiter le gaspillage du papier au sein du CHSD | -12 500,00 € | -4 166,67 € |
| | | -29 300,00 € | -10 566,67 € |
| | | | |
| | | Investissement | Exploitation |
| | Résultat financier du projet | -139 300,00 € | -313 108,00 € |



Remerciements

Le Centre Hospitalier de Saint-Denis remercie chaleureusement tous les agents qui ont donné de leur temps pour construire le nouveau Projet Social.

Pour leur participation aux groupes de travail, nous remercions tout particulièrement :

Abdelhak Zombo, Alexandra Lelong, Anaïs Marlin, Anastasie Konan, Anissa Taleb, Annick Faucon, Aude Saad, Aude Vincentelli, Aurélie Dognon, Bernard Dorland, Berthe Baltaze, Brigitte Reidon, Catherine Hogret, Catherine Robert, Catherine Vauconsant, Cécile Kehoul, Cécile Lancien, Cécilia Pires Gomes, Céline Bourseau, Chantal Agricole, Christine Neveu, Christophe Bovin, Christophe Vandeneuycken, Delphine Moal, Denis Boucher, Denis Mechali, Dounia Labhiri, Elisabeth Feintrenie, Estelle Rousseau, Fatoumata Diokhane, François Vaussy, Gerty Verdol, Ghada Hatem, Hélène Leopold, Hélène Thin, Hervé Bentata, Huguette Nebot, Idriss Farota Romejko, Jacqueline Valensi, Jennifer Melfort, Jenny Aubriel, Juliette Moussel, Karima Labssir, Liliane Hernandez, Linda Bibi, Malika Faucher, Malika Raymond, Marc Bouiri, Marianne Fournier, Marie Agbo, Marie Poupard, Marie-Aude Khuong, Marie-Christine Nicol, Mario Pulcini, Marlène Bazeli, Martine Boistard, Martine Ngakoula, Martine Saint-Jean, Maryline David, Michel Nicol, Michèle Astre, Michelle Virlovet, Mirrella Deluge, Muriel Rousteau, Nathalie Memain, Nathalie Vansteenkiste, Nicolas Boyer, Nicolas Garceran, Olivier Cras, Paola Clemente, Patrick Lopez, Paulette Lagniaux, Philippe Hermant, Pierre Godener, Régis Cohen, Ricardina Palavra, Saliha Bendaoud, Sandrine Djerroud, Sandrine Jankowski, Sébastien Boscher, Sébastien Salles, Thérèse Juguet, Valérie Plouvier, Victor Terrine, Vincent Daguindau, Viviane Imperas.

Ainsi que Félix Laxio et Marc Boulenaz pour le travail de mise en page et de reprographie.

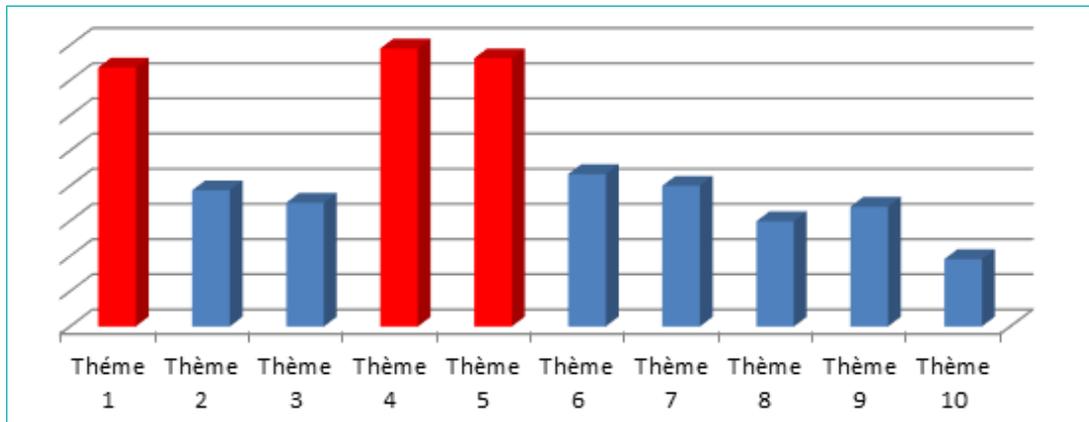
Annexes



Enquête préliminaire à la construction du plan d'action

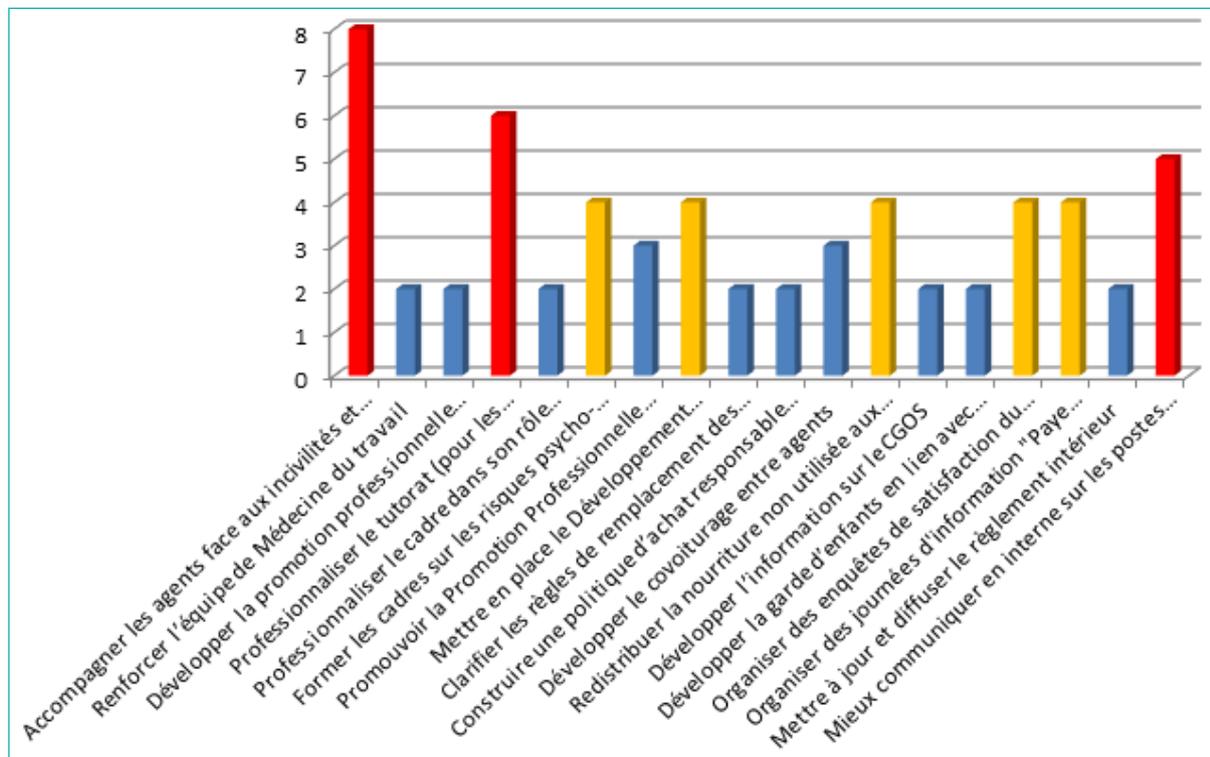
23 questionnaires dépeuillés

1. classez les dix thèmes du projet social par ordre de priorité, de 1 à 10



- Groupe 4 : Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels
- Groupe 5 : Développer les bonnes pratiques de Management
- Groupe 1 : Identifier et agir contre les risques professionnels

2. si vous deviez proposer trois actions concrètes, lesquelles seraient-elles ?



- Accompagner les agents face aux incivilités et aux conduites agressives
- Professionaliser le tutorat (pour les nouveaux arrivants)
- Mieux communiquer en interne sur les postes vacants

Format des fiches actions

| Intitulé de la Fiche Action | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|--|------|------|--|------|--|------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Responsable de la mise en œuvre : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Objectifs - Résultat attendu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Description de l'action en étapes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etape 1 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etape 2 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etape 3 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Freins éventuels identifiés – Points de vigilance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Acteurs | | | | 5. Rôle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Moyens humains | | | | 7. Moyens matériels et financiers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Indicateur(s) de mesure de la réalisation de l'action (100 %) | | | | 9. Indicateur(s) de réalisation intermédiaire (50%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Calendrier de la mise en œuvre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th colspan="2">2015</th> <th colspan="2">2016</th> <th colspan="2">2017</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Sem 2</th> <th>Sem 1</th> <th>Sem 2</th> <th>Sem 1</th> <th>Sem 2</th> <th>Sem 1</th> <th>Sem 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lancement</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Réalisation intermédiaire</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Réalisation</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | | | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Lancement | | | | | | | | Réalisation intermédiaire | | | | | | | | Réalisation | | | | | | | |
| | 2014 | 2015 | | 2016 | | 2017 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | Sem 1 | Sem 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lancement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réalisation intermédiaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réalisation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Modalités de pérennisation des résultats de la Fiche Action | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Composition des groupes de travail

Groupe 1 :

Identifier et agir contre les risques professionnels

Pilote : Denis BOUCHER, Responsable Qualité

Abdelhak ZOMBO, CGT

Alexandra LELONG, Secrétaire Générale

Berthe BALTAZE, IDE du Service de Santé au Travail (SST)

Cécilia PIRES GOMES, IDE

Celine BOURSEAU, Gestionnaire des Risques

Gerty VERDOL, Cadre de santé

Jacqueline VALENSI, Médecin du SST

Karima LABSSIR, Psychologue du Travail

Mirella DELUGE, CFTD

Nicolas GARCERAN, Médecin du SST

Pierre GODENER, Kinésithérapeute et référent TMS

Vincent DAGUINDAU, Directeur des services économiques et logistiques

Groupe 2 :

Renforcer l'action du Service de Santé au Travail

Pilote : François VAUSSY, Directeur des Ressources Humaines et Jacqueline VALENSI, Médecin du SST

Berthe BALTAZE, IDE du SST

Chantal AGRICOLE, Secrétaire du SST

Huguette NEBOT, ASHQ

Marie POUPARD, Médecin

Marie-Aude KHUONG, Médecin

Martine BOISTARD, Attaché d'administration à la Direction des affaires médicales

Karima LABSSIR, Psychologue du travail

Groupe 3 :

Optimiser la gestion des reclassements professionnels liés à l'inaptitude physique et au handicap

Pilote : Victor TERRINE, Attaché d'administration et Nicolas GARCERAN, Médecin du SST

Liliane HERNANDEZ, Adjoint administratif à la DRH

Dounia LABHIRI, Coordinatrice des secrétariats médicaux

Malika FAUCHER, FO

Paulette LAGNIAUX, CFTD

Thérèse JUGUET, CGT

Ricardina PALAVRA, Cadre de santé

Estelle ROUSSEAU, Assistante sociale du personnel

Sandrine JANKOWSKI, Cadre de santé

Aude VINCENTELLI, IDE

Groupe 4 :

Attirer et mieux intégrer les nouveaux professionnels

Pilote : Bernard DORLAND, Directeur des soins

Anaïs MARLIN, IBODE Faisant fonction de Cadre de santé

Catherine ROBERT, Attaché d'administration

Cécile LANCIEN, Cadre de santé

Delphine MOAL, Cadre de santé

Elisabeth FEINTRENIE, Cadre supérieur de santé

Hervé BENTATA, Médecin

Jennifer MELFORT, AEQ

Linda BIBI, IDE

Nathalie VANSTEENKISTE, Cadre de santé

Olivier CRAS, Cadre supérieur de santé

Sandrine JANKOWSKI, Cadre de santé

Groupe 5 :

Développer les bonnes pratiques de Management

Pilote : Marianne FOURNIER, cadre supérieur de santé et François VAUSSY, Directeur des Ressources Humaines

Brigitte REIDON, cadre supérieur de santé
Hervé BENTATA, Psychiatre
Malika FAUCHER, FO
Martine SAINT-JEAN, Cadre de santé
Maryline DAVID, Cadre de santé
Michèle ASTRE, Cadre de santé
Michelle VIRLOUVET, Cadre supérieur de santé
Mirella DELUGE, CFTD
Nicolas BOYER, Cadre supérieur de santé
Sandrine DJERROUD, Cadre de santé

Groupe 6 :

Développer la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

Pilote : Sébastien BOSCHER, Attaché d'Administration Hospitalière à la DRH

Christophe VANDENEYCKEN, Cadre socio-éducatif
Juliette MOUSSEL, IDE
Malika RAYMOND, Adjoint Administratif
Marie-Christine NICOL, Cadre de santé
Nicolas BOYER, Cadre supérieur de santé

Groupe 7 :

Améliorer la communication interne et la diffusion de l'information RH

Pilote : Anissa TALEB, Directrice de la communication et de la clientèle

Anasthasie KONAN, Adjoint administratif
Annick FAUCON, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable des Carrières
Fatoumata DIOKHANE, Référente en Sécurité des Systèmes d'Information
Jenny AUBRIEL, CFTD
Mario PULCINI, Médecin
Muriel ROUSTEAU, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable de la Paye
Patrick LOPEZ, Cadre supérieur de santé
Philippe HERMANT, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable des Magasins
Sébastien SALLES, Cadre de santé

Groupe 8 :

Développer l'offre sociale à destination du personnel

Pilote : Estelle ROUSSEAU, Assistante sociale du personnel

Aude SAAD, Agent de Maîtrise en Restauration
Catherine HOGRET, Puéricultrice, Directrice de la Crèche du personnel
Hélène LEOPOLD, Cadre de santé
Valérie PLOUVIER, CFTD
Viviane IMPERAS, Puéricultrice



Groupe 9 :

Favoriser les espaces d'échange et d'expression au sein de l'hôpital

Pilote : Catherine VAUCONSANT, Directrice générale par interim

Abdelhak ZOMBO, CGT

Christophe BOVIN, Responsable de la sécurité

Hélène THIN, Responsable de la Documentation Centrale

Marc BOUIRI, Cadre sage-femme

Marlène BAZELI, Technicien hospitalier en Restauration

Martine NGAKOULA, Médecin

Nathalie MEMAIN, Médecin

Groupe 10 :

Promouvoir un hôpital responsable et citoyen, ouvert sur son territoire

Pilote : Aurélie DOGNON, Attaché d'Administration Hospitalière à la DSEL

Denis MECHALI, Médecin

Paulette LAGNIAUX, CFDT

Christine NEVEU, Cadre de santé

Cecile KEHOUL, IDE

Paola CLEMENTE, Cadre de santé

Regis COHEN, Médecin

Saliha BENDAOUD, Adjoint administratif

Marie AGBO, Cadre de santé

Michel NICOLY, Responsable de la Restauration

Idriss FAROTA ROMEJKO, IDE

Ghada HATEM, Médecin

Rédaction

Les responsables des groupes

Coordination - synthèse

Victor Terrine

Mise en page

Marc Boulenaz

Photographies

Marc Boulenaz

Impression

Service interne de reprographie du CHSD

Tirage

1 000 exemplaires



Centre Hospitalier de Saint-Denis

2, rue du Docteur Delafontaine

93200 Saint-Denis

www.ch-stdenis.fr

Tél. : 01 42 35 61 40 (standard)

Facebook : Hôpital Delafontaine (page officielle)

