

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Date du Jury : Décembre 2001

LE PROJET SOCIAL,
UN SUPPORT POUR LE DEVELOPPEMENT
DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
A L'HOPITAL LOCAL

Jacqueline FERRAND

REMERCIEMENTS

Nous remercions Monsieur Alain JOURDAIN, Directeur de mémoire, pour son aide et ses conseils précieux lors de la rédaction de ce mémoire.

Nous remercions également Monsieur Charles LOCCA, Maître de stage, qui nous a guidé tout au long de ce travail, tout en nous laissant une marge de liberté, si bénéfique dans l'apprentissage de ce métier.

Nous tenons à remercier, enfin, le personnel de l'établissement pour son accueil et sa participation fondamentale, sans laquelle ce travail n'aurait pas de sens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 DE LA PRISE EN COMTE DU FACTEUR HUMAIN DANS LES ORGANISATIONS A LA CONSTRUCTION D'UN PROJET SOCIAL A L'HOPITAL LOCAL : EVOLUTION ET CADRE REGLEMENTAIRE	5
1.1 LA PRISE EN COMPTE DU FACTEUR HUMAIN DANS LES DIFFERENTES THEORIES DES ORGANISATIONS.	5
1.2 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)	11
1.3 LE PROJET D'ETABLISSEMENT	17
1.4 LES HOPITAUX LOCAUX	21
2 DIAGNOSTIC ET ANALYSE DE LA FONCTION GRH A L'HOPITAL DE ST-B...	26
2.1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SES MISSIONS.	26
2.2 L'ANALYSE DE L'EXISTANT	34
2.3 LE DIAGNOSTIC INTERNE	35
3 L'ELABORATION DU PROJET SOCIAL ET LE TRAVAIL DU DIRECTEUR.	49
3.1 LE MANAGEMENT DE PROJET	50
3.2 Les composantes du projet social et les propositions d' ACTIONS CONCRETES	57
3.3 La négociation et le suivi du projet social	71
3.4 Le coût du projet social	73
3.5 ANALYSE CRITIQUE DU PROJET ET DE SON PROCESSUS D'ELABORATION .	75
CONCLUSION GENERALE	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	84

INTRODUCTION

« Le service public hospitalier joue un rôle majeur dans le système de soins de notre pays et c'est autour de lui que s'organise la réponse aux besoins de la population ».

Ainsi commence le préambule du protocole d'accord signé en Mars 2000 entre les organisations syndicales hospitalières et le ministère de la solidarité, affirmant l'objectif de consolider et développer le service public hospitalier pour maintenir un système de protection sociale de haut niveau, selon plusieurs priorités :

- ⇒ Adapter l'offre de soins aux besoins de la population,
- ⇒ Promouvoir la qualité et la sécurité des soins,
- ⇒ Réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

Globalement, c'est en répondant aux aspirations du personnel, en développant sa participation à la vie des établissements et en renforçant le dialogue social, que ces objectifs pourront être réalisés pleinement. Prendre en compte les ressources humaines, c'est aussi les reconnaître. Ce sujet est d'actualité. On voit bien à travers les récents événements (coordination infirmière, statut des sages-femmes), l'importance stratégique des ressources humaines

Chaque établissement hospitalier, selon sa place dans l'organisation sanitaire, concourt par ses missions à répondre aux besoins sanitaires de la population. A ce titre, l'hôpital local se distingue par son rôle spécifique d'hôpital de proximité et pour l'essentiel dans le domaine gériatrique.

En fonction de ses besoins et de ses missions, chaque institution hospitalière décline donc ses grandes orientations stratégiques dans un projet d'établissement. Cette démarche n'est possible toutefois, que si le personnel participe au processus et si celui-ci s'appuie sur un projet social. Dans ce cadre, le projet social revêt toute son importance. En effet, si le projet médical demeure le cœur du projet d'établissement, le projet social peut être un levier pour mobiliser, stimuler l'implication collective et permettre à l'établissement d'atteindre ses objectifs. A fin de cohérence, il doit être le reflet de ses orientations stratégiques en matière de gestion des ressources humaines.

Cependant, si un tel projet se conçoit très bien dans une structure importante (CHU ou centre hospitalier), quelle valeur a-t-il dans une plus petite structure telle que l'hôpital local ? Sur quels points ou en quoi est-il pertinent ? Est-il nécessaire ?

Par ailleurs, dans ce type de structure, qui conjugue à la fois un secteur sanitaire et un secteur médico-social (entités juridiques différentes), quel sens prend-il ? Doit-il être unique ? Doit-il prendre en considération les particularités de chaque secteur ?

Jusqu'à présent, le sanitaire prenait le pas sur le médico-social. C'est ainsi que dans une structure de 134 lits, 68 lits correspondant au secteur sanitaire, étaient prépondérants (apport financier pour l'établissement, techniques de soins plus valorisant...). Aujourd'hui, avec la réforme des EHPAD, on sent s'inverser la tendance et les hôpitaux locaux sont en passe de devenir des établissements médico-sociaux où le projet de vie est aussi important que le soin technique pour les personnes âgées.

Ainsi, à l'hôpital local de St B.¹ où les services de soins ont longtemps prédominé, il devient urgent de s'intéresser aux autres services et à leurs personnels.

De plus, à l'intérieur de l'établissement, dans un service aux nombreux dysfonctionnements, un projet social spécifique peut-il être la base d'un processus de changement ?

Les hypothèses de travail, sur lesquelles je me suis appuyée, sont au nombre de trois :

- Afin que l'établissement hôpital local entre dans une dynamique de réforme collective, il faut qu'il sache d'où il part et où il va. Le projet social constitue un des éléments majeurs du projet d'établissement favorisant cette mise en perspective.
- Le projet social est un levier de changements multiples de l'organisation et mobilise tous les acteurs.
- Le rôle du directeur est prépondérant dans le projet social. Gérer les ressources humaines, c'est tout à la fois écouter, animer, dynamiser, négocier.

La première partie de ce mémoire vise à montrer, à partir de l'organisation et de la prise en compte du facteur humain dans le temps, quelle évolution a connu la gestion des ressources humaines et quel est désormais, au sein du secteur hospitalier, son cadre réglementaire. La seconde partie explicite l'importance du diagnostic dans l'élaboration du

¹ L'anonymat de l'établissement est impératif, du fait de la réalisation de deux diagnostics.

projet social, étape fondamentale pour la définition d'objectifs et de plans d'action cohérents. Le projet social construit à partir du diagnostic fait l'objet de la troisième partie qui met en exergue le rôle du directeur et les limites de son action.

La seconde et troisième parties ont été réalisées sur la base de mon travail en stage, puisque j'ai eu l'opportunité d'établir deux diagnostics, de faire une proposition de projet social et de contribuer à sa négociation sous l'autorité du directeur de l'établissement.

PREMIERE PARTIE
DE LA PRISE EN COMPTE
DU FACTEUR HUMAIN
DANS LES ORGANISATIONS
A LA CONSTRUCTION
D'UN PROJET SOCIAL
A L'HOPITAL LOCAL :
évolution et cadre réglementaire

1 DE LA PRISE EN COMTE DU FACTEUR HUMAIN DANS LES ORGANISATIONS A LA CONSTRUCTION D'UN PROJET SOCIAL A L'HOPITAL LOCAL : EVOLUTION ET CADRE REGLEMENTAIRE

La prise en compte du facteur humain dans les organisations a évolué dans le temps. Si au début du siècle, il est quasi inexistant, il évolue progressivement à partir de 1920, pour être reconnu aujourd'hui comme facteur de développement de l'entreprise. Les économistes ont substitué le concept de capital humain à celui du facteur travail, qui ignorait largement la qualification, les niveaux d'expérience et de formation. Dans l'ensemble, les organisations ont fait l'objet de nombreux écrits comme système à connaître et à comprendre. La connaissance de ces différentes théories sont une aide pour le directeur d'établissement dans le choix d'un type de management le plus approprié.

1.1 LA PRISE EN COMPTE DU FACTEUR HUMAIN DANS LES DIFFERENTES THEORIES DES ORGANISATIONS.

La vie sociale reste aujourd'hui dominée par l'organisation héritée de l'industrialisation du XIXème siècle. Toute organisation implique une intervention de l'homme, mais elle traduit aussi un type de rapport au monde et, en ce sens, la prise en compte du facteur humain dans les organisations a évolué dans le temps.

Il est possible de distinguer plusieurs étapes au cours des XIXème et XXème siècles qui manifestent une accélération de la place de l'homme dans les organisations. C'est à la fin du XIXème siècle que les organisations, éléments centraux des sociétés industrielles, ont commencé à faire l'objet de recherches².

² BELBAHRI, Cours de sociologie des organisations, Université de Saint-Etienne, Formation continue, Maîtrise en sciences sociales, juin 1993.

1.1.1 Les fondateurs des théories des organisations

Les fondateurs ont eu une approche rationnelle et mécaniste de l'organisation.³

1.1.1.1 Frédéric W. Taylor

Le premier des auteurs fut Frédéric W. Taylor, inventeur de l'organisation scientifique du travail (1856 – 1915) : le fondement de la prospérité est l'efficacité du travail des hommes. Il n'y a prospérité maximum que par une productivité maximum. De plus pour Taylor, l'homme est naturellement paresseux et il faut l'encadrer suffisamment. Pour arriver à ses objectifs, c'est la direction qui coordonne et détermine les conditions de travail. Division du travail, spécialisation des tâches, création de normes, efficacité, productivité sont les principes de cette organisation. A ce moment là l'ouvrier est considéré comme un agent rationnel assurant la prospérité de l'entreprise. Il est considéré comme facteur de production au même titre que les machines. Seul un salaire au rendement est censé le motiver.

1.1.1.2 Henri Fayol

Henri Fayol (1841 – 1925), quant à lui soucieux de rationaliser les rôles, a défini la fonction centrale du dirigeant à partir des différentes activités de l'entreprise : planification, organisation, commandement, coordination et contrôle. Ces opérations constituent encore aujourd'hui les fondements de la référence managériale. La fonction ressources humaines apparaît, mais réduite au commandement, à la coordination et au contrôle des individus au travail.

1.1.1.3 Max Weber

Max Weber (1864 - 1920) définit l'administration bureaucratique idéale et efficace ainsi que les différentes formes de pouvoir en organisation.

*« Weber désire montrer jusqu'à quel point l'organisation bureaucratique est une solution rationnelle à la complexité des problèmes modernes ».*⁴

Le pouvoir est légitimé par la règle incontestable qui empêche de sortir du cadre et le respect du supérieur. Ces règles sont impersonnelles, déshumanisées. L'individu n'est pas

³ RUANO-BORBALAN J.C., Comprendre les organisations : un siècle de réflexion sur les organisations, Sciences humaines, Mars - Avril 1998, n° 20, pp. 3 – 71.

⁴ MARCH J.G et SIMON H.A, Les organisations. Problèmes psychosociologiques, Préface M. Crozier, Paris, Sciences humaines Dunod, février 1965, 254 pages.

propriétaire de sa fonction. Les postes sont rigoureusement définis. A la définition des postes correspond la spécialisation des fonctions et des compétences de l'individu qui les remplit.

Ces trois auteurs ont, jusqu'aux années 1930, limité leur analyse à l'organisation scientifique et rationnelle en y appliquant des règles strictes. Il n'y a pas de prise en compte du potentiel humain. La seule motivation de l'homme reste son salaire. Aujourd'hui, la logique taylorienne (division du travail poussée, stable, précise, adaptation de l'homme aux procédures, application des consignes) est encore en vigueur dans les établissements hospitaliers, malgré sa condamnation par les salariés. Il existe, par exemple, un cloisonnement notable des grades, des services, des activités, des logiques de fonctionnement, que ce soit dans les grands établissements ou dans les petites structures comme l'hôpital local. Ainsi, il semble important pour un directeur de favoriser le décroisement, la transversalité des actions et des relations pour sortir son établissement d'un fonctionnement rigide et peu producteur de motivation.

1.1.2 L'école des relations humaines

1.1.2.1 Elton Mayo

Mais déjà à partir des années 1920, un nouveau courant apparaît avec l'école des relations humaines, notamment sur la base des travaux de Elton Mayo (1880-1949). Il démontre que la prise en compte des relations humaines favorise l'accroissement de la productivité. Ces travaux font émerger des notions clés :

- Le groupe a un comportement qui lui est propre,
- Chaque groupe génère des normes,
- Il existe une organisation informelle,
- Le style de management influence les comportements,
- La motivation n'est pas essentiellement liée au salaire.

Les analyses se sont ensuite multipliées et les théories de l'organisation se sont construites, d'une part, autour de l'analyse du fonctionnement de l'organisation et, d'autre part, autour de l'étude du comportement des individus.

1.1.2.2 Abraham Maslow

Les approches psychosociologiques s'inscrivent dans ce courant de l'école des relations humaines. Abraham Maslow met en forme la pyramide des besoins fondamentaux à satisfaire pour favoriser la motivation personnelle. Cette théorie des besoins fondamentaux se traduit en termes de besoins professionnels ou besoins sociaux.

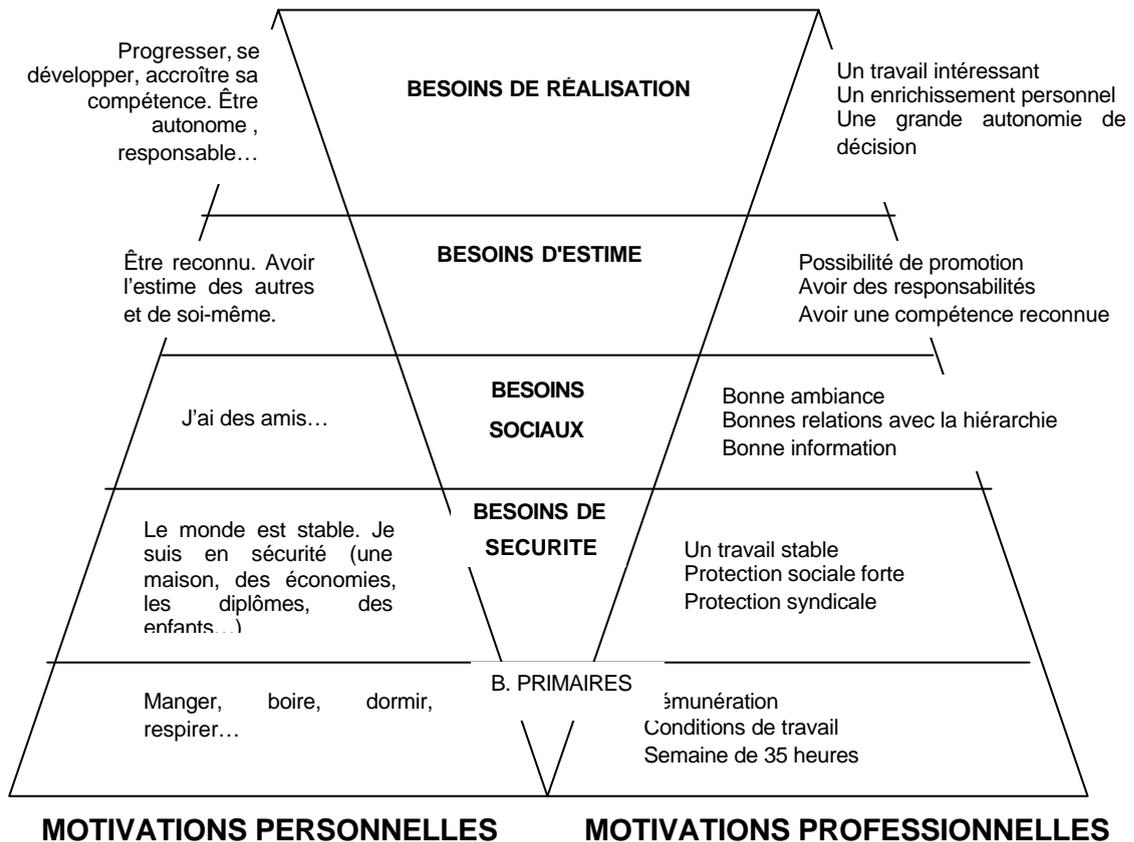


Tableau n° 1 : La hiérarchie des besoins selon Maslow⁵

Pour l'auteur, on ne peut accéder au niveau supérieur que si les besoins inférieurs sont satisfaits. La question que l'on peut se poser est le principe de la hiérarchisation des besoins. En effet, ces besoins peuvent intervenir en même temps. Un besoin "supérieur" peut se manifester même si un besoin "inférieur" n'a pas été entièrement et durablement satisfait. D'autre part, cette traduction terme à terme peut être critiquée. Il n'y a pas forcément correspondance d'un besoin individuel avec un besoin social. Les individus

⁵ DIAFOR, Cours ENSP, Fonction de direction, Juin 2000

peuvent se situer différemment. La stratégie individuelle n'est pas toujours liée à un besoin organique.

1.1.2.3 Douglas Mac Gregor

Parmi les chercheurs, Douglas Mac Gregor montre que les objectifs des salariés doivent être réalisés en premier afin d'atteindre ceux de l'organisation. A partir de deux théories, le management autoritaire et le management participatif, il démontre que la manière de diriger une équipe influe sur les résultats.

Dans ce courant de pensée des relations humaines, plus l'homme est heureux, plus il est productif. La sanction laisse place au sens des responsabilités. Cette théorie paraît fondamentale pour un établissement. En introduisant un projet social dans le projet d'établissement, on admet concrètement l'importance de la prise en compte du personnel pour permettre à l'établissement d'atteindre ses objectifs.

1.1.3 Les différents courants à partir des années 1950

A partir des années 50, les recherches se diversifient, alimentées par différents courants : la sociologie (les acteurs et leurs jeux stratégiques), la psychanalyse, la psychologie (analyse du leadership), l'économie, les approches cognitives... et proposent plusieurs modèles de compréhension, dont quelques-uns méritent d'être soulignés.

1.1.3.1 L'analyse stratégique

La sociologie introduit plusieurs approches. Entre autres, l'analyse stratégique décrite par Michel Crozier et Erhard Friedberg puise son origine dans les conceptions de Max Weber et les travaux du sociologue américain Talcott Parson : tout système social peut être compris à partir de l'action des différents agents qui le composent et inversement. Ils analysent l'organisation comme un système politique, résultant du jeu des acteurs⁶.

Pour ces auteurs, mobiliser l'intelligence de chacun au service de l'ensemble, c'est mettre en œuvre une organisation stratégique. Cette approche marque la fin du taylorisme.

⁶ CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le Système, Paris, Sociologie politique, Édition du Seuil, 1977, 437 pages.

Dans le management d'équipe, cette approche théorique trouve son fondement dans la prise en compte de tous les acteurs qui participent suivant leur personnalité, leur histoire, leurs actions, à faire vivre l'organisation.

1.1.3.2 L'approche sociotechnique

Dans l'approche sociotechnique (Emery et Trist), l'organisation du groupe de travail est à la fois fonction de la technologie et des comportements individuels. L'entreprise est un système ouvert composé d'un système technique et d'un système social. Le contenu du travail n'est pas qu'une prestation physique. Il faut un enrichissement. L'individu doit perfectionner son apprentissage, disposer d'une certaine marge de manœuvre, percevoir la finalité du travail fait.

1.1.3.3 L'approche participative

Cette approche s'est orientée ensuite vers une approche participative. On considère que le changement est avant tout l'affaire des membres concernés de l'organisation. Dans cet abord, l'intervenant est seulement celui qui aide à enclencher un processus en fournissant à tous les acteurs des informations, des concepts et des outils nécessaires. Il s'agit en fait d'une dynamique d'apprentissage amenant à l'autonomie.

Cette approche est intéressante, en particulier dans les petites structures comme les établissements sanitaires et sociaux. En favorisant l'autonomie et la participation du personnel ce type de management permet au directeur d'assurer sa mission avec plus de recul.

1.1.3.4 L'approche socio-économique

Quant à l'approche socio-économique, élaborée par Henri Savall⁷ (1975), elle se conçoit dans l'interaction entre les structures et les comportements humains. Dans ce cadre, la performance sociale est indissociable de la performance économique. Pour lui, les dysfonctionnements observés dans les organisations sont la cause des coûts et performances cachés. Ces deux éléments sont indissociables car une baisse de

⁷ SAVALL H., ZARDET V., KRIEF N., CRISTALLINI V., Cours Universitaire : la méthode socio-économique, DU MAPROSS, année 2000-2001. SAVALL H., Enrichir le travail humain, L'évaluation économique, Dunod, 1975, Réédition, Economica, 1989.

performance constitue un coût pour l'organisation et une baisse de coût a des effets sur la performance. Cette approche sera détaillée et utilisée en deuxième partie comme pouvant être, entre autres, une méthode d'analyse de l'organisation hospitalière et en troisième partie, perçue comme une aide au changement.

Depuis les années 70, l'organisation est vue comme une structure complexe (multinationales, grandes industries...). De nombreux travaux de recherche sont réalisés sur le rôle des acteurs sociaux, leur motivation, leur culture, nécessaire à la survie et au développement des entreprises.

Pour clore ce chapitre, on peut observer que l'évolution de la prise en compte du facteur humain n'est pas linéaire et se révèle à différents niveaux dans les organisations tout comme dans l'organisation hospitalière. En avoir connaissance permet sans doute au directeur d'établissement de mieux comprendre son fonctionnement ou ses dysfonctionnements pour s'engager dans l'action.

Aujourd'hui, l'entreprise recherche la mobilisation du personnel vers une stratégie productive de plus en plus exigeante et, en contrepartie, ce même personnel exprime et revendique une autonomie nouvelle.

Si l'organisation évolue dans le temps, de façon logique la fonction personnel s'accroît et s'enrichit. De direction du personnel à direction des ressources humaines, cette fonction devient majeure dans la plupart des entreprises. D'une approche juridico-administrative, puis budgétaire et économique, elle évolue par l'intégration progressive de la dimension ressources humaines dans les orientations stratégiques des établissements, et l'organisation hospitalière n'échappe pas à ce mouvement.

1.2 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)

1.2.1 Bref historique de la fonction GRH

1.2.1.1 Évolution générale dans les entreprises

On note l'apparition d'une fonction autonome de chef de service du personnel dans les établissements à partir des années 1910, mais c'est seulement après la seconde guerre

mondiale que ces services se développent. Apparaissent alors des directions spécifiques en faveur du personnel :

« *Le niveau des responsables s'élève et la gamme de compétences nécessaires, juridiques et gestionnaires mais aussi relationnelles est reconnue.* »⁸

Cependant, la reconnaissance réelle de ces services ne date que des années 1970 et ce pour la plupart des pays occidentaux, et leur développement s'est nettement accéléré depuis. L'apparition des ressources humaines dans le langage des établissements s'est faite de manière inégale. Elle est en lien direct avec une prise de conscience de son impact sur la stratégie des établissements et non plus vue comme un coût ou un facteur de résistance.

1.2.1.2 Dans les administrations publiques

Dans les administrations publiques, les évolutions sont apparues dans les années 50. Serge SALON⁹ définit quatre principaux facteurs qui ont poussé à ces changements :

- « *La mondialisation et les nouvelles technologies* » modifient l'organisation du travail : réduction des effectifs, flexibilité, augmentation du temps partiel et de l'horaire variable. D'autre part, certaines activités sont privatisées avec un effet direct sur le statut des personnels,
« *L'usage de nouvelles technologies de l'information et de la communication a entraîné une redéfinition des emplois et apporte des emplois nouveaux...* »¹⁰.
- un nouveau type de rapport interne : moins de hiérarchie et une réduction des conflits de travail,
- une incitation à la mobilité du personnel, facteur d'acquisition de compétences,
- mais aussi la diminution de la sécurité de l'emploi par l'augmentation du chômage et la détérioration des conditions de travail.

Parallèlement à ces évolutions, on assiste à une recherche plus grande de l'efficacité et d'amélioration de la qualité. On a pu observer, ces dernières années, l'incitation des pouvoirs publics à la modernisation, du fait d'une prise en compte de plus en plus importante de l'usager. La circulaire du 23/12/1989 de Michel Rocard incite « *au développement de responsabilités, à une gestion plus dynamique des personnels* ». Ainsi, par exemple, les

⁸ GAZIER Bernard, *Les stratégies des ressources humaines* », Conde sur l'Escaut, Repères, La découverte, Novembre 1993, 119 pages.

⁹ SALON Serge, *Administration : Évolution de la GRH dans les administrations publiques*, Cahiers de la fonction publique, Edition Berger Levrault, n° 191, juin 2000, pp. 17 – 19.

¹⁰ SALON Serge, *Ibid.*

méthodes de direction participative par objectifs, utilisées dès les années 60 dans les entreprises se sont développées dans le secteur public. Cette évolution dans le secteur public d'état va toucher de la même manière le secteur hospitalier.

1.2.2 La gestion des ressources humaines à l'hôpital

1.2.2.1 D'une gestion individuelle et administrative à une gestion collective et stratégique

Avant 1980, dans le secteur sanitaire, la période des trente glorieuses rationalise le développement anarchique des établissements mais le volume des effectifs et des équipements constitue la priorité. A ce moment là le cœur de la fonction réside sur le plan individuel à appliquer les droits des personnels en respectant le statut (rémunération, congés, droits sociaux...) et sur le plan collectif à recruter, à assurer les relations sociales en réunissant les instances.

« Le statut du personnel s'impose à tous mais la réalité du travail ne fait pas partie des préoccupations »¹¹.

La fonction est très centralisée et l'agent est perçu d'abord comme un coût et non comme une ressource.

Durant ces années, les établissements deviennent des lieux de haute technicité. Le statut des différentes catégories professionnelles est renforcé, on assiste à une spécialisation accrue des tâches, un cloisonnement des activités et une nécessaire adaptation permanente des personnels et de l'organisation des établissements. La formation permanente se développe.

A partir des années 1980, compte tenu de la crise économique, de la réévaluation du rôle de l'État et de ses mécanismes de financement (déficit budgétaire structurel), il est apparu nécessaire de maîtriser les dépenses hospitalières en forte progression et de faire des choix. L'analyse de gestion se développe alors. Le bilan social devient obligatoire dans les établissements hospitaliers de plus de 300 agents, en 1988. Les personnels limités en nombre doivent devenir plus performant et les problèmes économiques priment les

¹¹ ARNAUD J.O – BARSACQ G., La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Edition ESF, 1989, 130 pages.

problèmes sociaux. J. O. ARNAUD et G. BARSACQ soulignent que la gestion des personnels à l'hôpital est alors vue sous deux approches ¹² :

- ⇒ l'approche juridico-administrative qui a pour finalité l'application des statuts et l'action administrative. Elle correspond plus à une gestion des grades que des individus,
- ⇒ l'approche budgétaire, économique et financière qui correspond à « *une gestion des effectifs dans le respect des limites budgétaires* » sans logique qualitative.

Cependant, sur le plan des relations de travail, la pratique de négociation et discussion, en amont des instances officielles, se développe ainsi que les possibilités de recueil d'expression des personnels. A ce titre là le droit d'expression des personnels sur les conditions de travail est reconnu en 1991 dans la loi hospitalière. Dans le même temps, les politiques d'amélioration des conditions de travail se développent par le biais du protocole Durieux¹³. La fonction personnel s'organise en mettant en place des relais (encadrement infirmier) qui permettent de mieux connaître les besoins et d'anticiper les crises.

Nouvelles orientations : depuis quelques années, de nouvelles perspectives poussent les établissements à s'orienter vers de nouvelles stratégies :

- les établissements sont mis en concurrence car l'utilisateur est devenu client avec des attentes particulières dans la qualité de prise en charge de son accueil, de son séjour, des soins...
- parallèlement, les agents aspirent à une vie personnelle et le lieu de travail n'a plus la même représentation. Les activités externes ont autant de valeur d'épanouissement personnel que le travail. Il est donc nécessaire de prendre en compte cette dimension humaine tout en proposant un service de qualité.

*« Gérer la qualité, c'est reconnaître que le soin est une prestation de service personnalisée, au bénéfice des personnes. »*¹⁴

La valorisation de ces deux dimensions participe à la performance de l'établissement.

La fonction gestion des ressources humaines (GRH) se préoccupe de bien cerner les besoins de l'organisation. On parle de définitions de fonction, de profil de poste, d'objectifs fixés en matière d'appréciation, d'analyse de besoins de formation, de plan d'amélioration

¹² ARNAUD J.O – BARSACQ G, Op. Cit.

¹³ Circulaire DH/FH1 n° 91/69 du 29/12/91

¹⁴ ARNAUD J.O, BARSACQ G., Ibid.

des conditions de travail, d'écoute des personnels. L'agent devient un potentiel, les cadres ont une réelle responsabilité en matière de GRH.

1.2.2.2 La fonction GRH

1.2.2.2.1 La fonction administrative

Sous sa forme administrative, la fonction GRH regroupe :

- les tâches d'embauche : recrutement, contrat de travail...
- de suivi : congé, maladie, carrière...
- de représentation : délégués du personnel,
- de rémunération.

C'est sous cette forme que nous la retrouvons globalement à l'hôpital Saint-B.

Cette fonction se complexifie en fonction de la taille des établissements :

« La fonction GRH commence nécessairement par une démographie : une comptabilité des effectifs, des entrées et des sorties, et par l'accompagnement plus ou moins attentif de l'évolution des employés, du recrutement à la séparation »¹⁵.

1.2.2.2.2 Fonction stratégique

De plus en plus, la fonction ressources humaines est intégrée dans les grandes orientations stratégiques des établissements s'inscrivant dans une perspective de développement à long terme. Alain Meignant¹⁶ définit six thèmes fondamentaux de déploiement de la stratégie autour des ressources humaines :

- ⇒ le recrutement : importance des critères d'embauche, les emplois internes et externalisés, la recherche de compétence ou de potentialité,
- ⇒ la formation : développement de compétences, les priorités et le budget de la formation,
- ⇒ l'organisation du travail : définition des postes, travail individuel ou d'équipe, niveau de responsabilité, rôle de l'encadrement,
- ⇒ la gestion des carrières : fidélisation ou recherche de turn-over élevé, critères de promotion et de mobilité,
- ⇒ la rémunération : niveau, niveau d'individualisation, avantages sociaux...

¹⁵ GAZIER B., Op. Cit.

¹⁶ MEIGNANT Alain, La fonction RH est en mouvement, Personnel, Octobre 2000, n° 413, pp. 12 – 52.

⇒ la régulation sociale : représentation salariale, participation, enquêtes internes, communication ouverte ou non, gestion des crises...

Nous verrons plus loin, dans le cadre du projet social, comment cette stratégie se déploie à l'hôpital local de St-B.

Jean-Marc LEGALL donne une définition qui résume assez bien cette visée stratégique :

« Elle est une fonction d'entreprise qui vise à obtenir une adéquation efficace et maintenue dans le temps entre ses salariés et ses emplois, en terme d'effectifs, de qualification et de motivation. Elle a pour objectif l'optimisation continue des compétences au service de la stratégie de l'établissement dans la définition de laquelle elle intervient ». ¹⁷

1.2.2.2.3 La valeur ajoutée

Cependant, pour arriver à ces objectifs, il faut créer des conditions favorables de travail ce que Patrice GALEMBERT¹⁸ appelle « la valeur ajoutée sociale et éthique d'entreprise ». Elles participent au management.

« Elles reposent sur l'idée qu'un personnel attaché à l'entreprise et un bon climat social sont des facteurs de compétitivité ».

La notion d'éthique d'entreprise est d'origine anglo-saxonne. Elle recouvre le respect interne de principes moraux tels que - à l'hôpital - la non discrimination de sexe ou de race, le respect des libertés syndicales et du travail de chacun...

D'autres conditions sont à rattacher à ce mouvement :

⇒ Le développement d'une culture qualité. Nous verrons plus loin que dans la fonction publique hospitalière, l'État incite les établissements à développer la sécurité, la qualité des soins et de prise en charge du patient. Dans ce contexte, la fonction ressources humaines doit aussi évoluer vers la qualité.

⇒ Le développement de « l'empowerment » : il repose sur « la délégation de responsabilité qui implique de donner aux collaborateurs les moyens de leur autonomie »¹⁹, en leur donnant des objectifs, en instaurant un climat de confiance, en encourageant leur participation, en leur donnant les informations nécessaires.

Ainsi aujourd'hui, nous nous orientons progressivement vers une gestion prospective des ressources humaines qui réponde en quantité et en qualité aux besoins des usagers, aux

¹⁷ LEGALL J.M., La GRH, Vendôme, Que sais-je, PUF, Décembre 1998, 127 pages.

¹⁸ GALEMBERT P. La fonction RH est en mouvement, Personnel, Octobre 2000, n° 413.

¹⁹ DE BROYE Frédérique, La fonction RH est en mouvement », Personnel, Octobre 2000, n° 413.

missions de l'établissement, même si les établissements ont des difficultés encore à raisonner en prévisionnel²⁰. C'est ce qui fait l'objet d'un projet d'établissement.

1.3 LE PROJET D'ETABLISSEMENT

1.3.1 Cadre réglementaire

Dans le secteur sanitaire, les orientations stratégiques des établissements doivent être inscrites dans un projet d'établissement. Dans ce projet, c'est à travers le **projet social** que ces grandes orientations se déclineront dans le domaine des ressources humaines en actions concrètes.

1.3.1.1 La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Elle dispose dans son article L 714. 11.: « *Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire (SROS), détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.* »

1.3.1.2 Les recommandations du SROS

Des recommandations sont émises par le SROS Rhône-Alpes aux hôpitaux locaux pour insister sur certaines missions et l'orientation des conventions. Par exemple :

- Dans le cadre des soins de courte durée en médecine : présence médicale 24 h/24 h, infirmiers 24h/24h, dossier médical, dossier infirmier...,
- Dans le cadre des soins de longue durée : l'évaluation des besoins, un projet de soins de base, la formation...),
- Les informations médicales (PMSI)...

²⁰ TAVERNIER N., MAHE MC, BARATAY T., Rapport : La GRH dans les hôpitaux publics, Paris, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994, 67 pages.

1.3.2 Objectifs

1.3.2.1 Contenu

Si la loi pose le principe du projet d'établissement, elle ne définit pas pour autant son contenu ni sa méthode d'élaboration. Cependant, elle pose le principe d'implication des acteurs de l'hôpital. Le projet d'établissement doit initialiser une dynamique interne, un management interactif qui permettent de mobiliser les cadres et l'ensemble du personnel.

Généralement, on y trouve :

- ⇒ la situation de l'établissement dans son environnement,
- ⇒ une analyse de l'existant : des données quantitatives résultant d'un système d'information général, des données qualitatives résultant d'enquêtes d'image, d'interviews, de questionnaires auprès des usagers et du personnel, s'ouvrant sur un diagnostic,
- ⇒ différents projets comme par exemples : le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet de vie, le plan directeur, le projet d'ensemble organisationnel, le projet architectural, le schéma directeur informatique, le projet de gestion et plan pluriannuel de financement global de l'investissement, le projet culturel et d'animation...

1.3.2.2 Finalités

Le projet d'établissement est donc un document indispensable, répondant à des objectifs de politique nationale et régionale, à des besoins locaux, avec au cœur un projet médical et comme philosophie de l'action, l'utilisateur au centre des préoccupations.

Il doit de plus intégrer les axes forts des ordonnances de 1996 :

- ⇒ Le droit des patients,
- ⇒ La coopération,
- ⇒ L'accréditation. Cette procédure sera reprise en deuxième partie de ce travail.

Par ailleurs, il doit être finalisé préalablement à toute signature du contrat d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement.

Ainsi le projet d'établissement est la mise en perspective de l'évolution stratégique souhaitée par l'établissement sur un temps donné. Ce projet doit être en conformité non

seulement avec les objectifs du SROS : qualité de prise en charge des soins, réponse aux besoins locaux, mais aussi avec le diagnostic externe : environnement, tendances lourdes, politique nationale, réglementation et perspectives législatives et le diagnostic interne.

Depuis quelques années, le projet d'établissement avait pour but de fixer des orientations et/ou des objectifs généraux essentiellement dans le domaine médical mais négligeait d'autres domaines tel que le projet social, architectural, ou projet de vie.

Le projet social s'inscrit donc, aujourd'hui, largement dans le projet d'établissement.

1.3.3 Le projet social

1.3.3.1 Cadre réglementaire

Le terme de projet social est très récent dans l'organisation hospitalière. Il a été introduit dans le cadre du protocole d'accord du 14 mars 2000²¹ concernant la modernisation de l'hôpital. Cette modernisation doit reposer sur un projet social cohérent établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne.

Le protocole Aubry a mis l'accent sur les remplacements et l'amélioration des conditions de travail. Il préconise que chaque projet d'établissement doit comporter un projet social clairement identifié, négocié avec les organisations syndicales et soumis pour avis au comité technique paritaire. Ce projet social devra faire l'objet d'un volet social spécifique dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Actuellement un groupe de travail du Ministère de l'Emploi et la Solidarité prépare un guide méthodologique à l'intention des hôpitaux dans le but de rendre obligatoire le projet social au sein du projet d'établissement, dans le cadre du projet de loi de modernisation sociale. Celui-ci conditionnera la signature des contrats d'objectifs et de moyens et donnera aux établissements des moyens supplémentaires sur certains points. Une circulaire est actuellement en cours d'élaboration²² : au delà des orientations générales présentées en matière de GRH dans le projet d'établissement, le projet social devrait proposer des actions concrètes de nature à moderniser les relations sociales, améliorer les conditions de travail et favoriser la promotion professionnelle.

²¹ Protocole Aubry, entre syndicats et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2000.

²² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, groupe de travail de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : projet de circulaire relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de soins financés par dotation globale, année 2000.

1.3.3.2 Objectifs

Globalement, le projet social vise l'amélioration générale des conditions de gestion des ressources humaines et de participation des personnels à la vie de l'établissement :

*« Chaque établissement, chaque service, chaque agent doit savoir quel est son avenir. Ces évolutions ne sont possibles que si le personnel est appelé à participer à leur définition et si celles-ci s'appuient sur un véritable projet social, élaboré au sein de chaque établissement ».*²³

Parmi les thèmes abordés dans ces projets, on peut retrouver :

- ⇒ la politique de formation (besoins et financement),
- ⇒ l'amélioration des conditions de travail,
- ⇒ la gestion prévisionnelle et prospective des emplois,
- ⇒ la valorisation des acquis professionnels...

A l'hôpital local de Meximieux dans le Rhône, après avoir réalisé un diagnostic confié à un cabinet spécialisé, le projet d'établissement²⁴ décline un projet social qui développe les axes suivants :

- structurer l'accueil,
- réorganiser le travail dans les services,
- développer la dynamique du travail en équipe en structurant le management de proximité,
- améliorer la restauration et la convivialité des repas,
- revaloriser et accompagner les emplois précaires.

Chaque axe est traduit par une « fiche action » reprenant les moyens concrets et le type de financement nécessaires pour parvenir à réaliser les objectifs cités.

A l'hôpital local ANDREVETAN à la Roche sur Foron, le projet social n'apparaît pas en tant que tel dans le projet d'établissement²⁵. Il apparaît en filigrane autour de 3 axes d'amélioration principaux.

Travailler sur un projet social amène l'établissement dans une dynamique de changement. Il permet de déployer une stratégie de ressources humaines autour de plusieurs thèmes fondamentaux pour mener à bien des projets institutionnels. En hôpital

²³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Op. Cit. (22).

²⁴ RUIVET J.C., Projet d'établissement, Hôpital local de Meximieux, Année 1999.

²⁵ Projet d'établissement, Hôpital local Andrevetan, La Roche sur Foron année 1999.

local, les projets ne manquent pas. Compte tenu de l'évolution démographique et de l'augmentation des personnes âgées dépendantes dans ces structures, le projet social doit correspondre à ces évolutions.

1.4 LES HOPITAUX LOCAUX

Une organisation n'a de raison d'exister que si elle répond à un besoin par rapport à son environnement. En ce sens, les hôpitaux locaux tels que l'hôpital local de Saint-B. répondent à des besoins bien particuliers, comme nous le verrons plus loin.

1.4.1 Cadre réglementaire

Autrefois appelés hôpitaux ruraux, les hôpitaux locaux ont été définis pour la première fois par la loi hospitalière n° 91-748 du 31/7/91 :

« L'hôpital local, établissement public de santé a pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins de courte durée en médecine ou des soins de suite ou de réadaptation, tels qu'ils sont définis par la loi hospitalière, c'est à dire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion, mais aussi des soins de longue durée comportant un hébergement (personnes n'ayant pas leur autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale continue, des traitements d'entretien) ».

La loi du 31 juillet 91 fait de la planification un axe essentiel et permet à l'hôpital local de jouer un rôle déterminant par le biais de conventions locales pour répondre à des besoins locaux. Ces conventions permettent de s'appuyer sur le plateau technique et les spécialités du centre hospitalier le plus proche. En effet, l'existence d'un service de médecine ou/ou de soins de suite en hôpital local trouve tout son intérêt dans sa taille modeste, à taille humaine, et dans sa capacité à accueillir des malades en général âgés à proximité de leur domicile.

1.4.2 En région Rhône-Alpes

Ainsi, la situation géographique de la majorité des hôpitaux locaux leur permet de desservir une population rurale et une population âgée. L'enquête PRAC réalisée en région

Rhône-Alpes, en 2000 sur des données diverses ²⁶, définit l'hôpital local comme un établissement de santé de proximité où l'on doit assurer, pour une clientèle souvent âgée et handicapée et quel que soit le type de lit, des soins de base (ou de nursing) corrects, des soins infirmiers techniques et, lorsque la structure possède le personnel adéquat, de la rééducation/réadaptation ²⁷.

De plus, les médecins généralistes locaux ont la possibilité de continuer à suivre leurs malades. En proposant des actes de traitement et de diagnostic courants, les hôpitaux locaux constituent **une alternative à l'hospitalisation lourde** en assurant des soins de qualité et de proximité dont le coût global est moins important que dans les établissements plus importants. Les travaux récents de la COTRAS ont mis en évidence qu'il s'agissait bien d'établissements sanitaires à part entière, qu'il convenait de ne pas négliger, d'autant que la réponse apportée par l'enquête médicale a prouvé que la présence de lits de médecine tendait à améliorer la situation des hôpitaux locaux.

La région Rhône-Alpes constitue la seconde région française après l'Île de France tant sur le plan de la superficie (8 % du territoire national) que sur celui de la population (5 645 407 habitants). Les principales caractéristiques de la région montrent une population plus jeune, des disparités entre départements sur le plan démographique et économique, une géographie accidentée (47 % en zone de montagne), un positionnement géographique intéressant (carrefour du Rhône et de la Saône), le plus grand nombre d'hôpitaux de France avec un record dans le département de l'Ardèche.

L'hôpital de St-B. fait partie des 54 % des hôpitaux locaux de la Région Rhône-Alpes à disposer d'une filière gériatrique complète (29 sur 54 hôpitaux locaux) : médecine, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hébergement médicalisé (maison de retraite et cure médicale) et qui assurent ainsi une prise en charge globale du patient. L'hôpital bénéficie de plus de logements-foyer et de quelques lits d'hébergement temporaire. Une présentation plus importante sera faite en deuxième partie.

²⁶ Enquête médecine des hôpitaux locaux 1992, enquête GAIN assurance maladie SSR 1995, enquête COTRAS 1997 commission technique régionale, questionnaire SROS mai 1998, enquête service médical 1^{er} trimestre 1998

²⁷ Arrêté préfectoral 1992 du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) de la région Rhône-Alpes.

1.4.3 Les apports du secteur sanitaire au secteur médico-social

L'hôpital local a donc cette particularité de **regrouper** en son sein **une partie sanitaire** (médecine et soins de suite et réadaptation et soins de longue durée) et **une partie médico-sociale** (maison de retraite, cure médicale, hébergement temporaire...). La loi hospitalière du 31/7/91 impose pour la partie sanitaire de l'établissement, pour les patients hospitalisés, la tenue d'un dossier médical, des normes sécuritaires, une accréditation, donc un minimum d'assurance de la prise en charge des soins.

Actuellement, la partie médico-sociale n'est soumise à aucune réglementation du même type. Elle relève de la loi du 30/6/75 sur les institutions sociales et médico-sociales qui est en cours de rénovation compte tenu des évolutions qui ont eu lieu depuis 25 ans dans l'action sociale et médico-sociale. Cette rénovation portera sur 4 grandes orientations :

- La promotion et l'affirmation des droits des bénéficiaires,
- La reconnaissance des formes actuelles et diversifiées de l'action sociale et médico-sociale,
- L'organisation d'une planification médico-sociale,
- L'instauration d'une réelle coordination des décideurs et des acteurs.

Cette rénovation devrait appliquer au secteur médico-social, les évolutions qui ont déjà été introduites dans le champ sanitaire par la loi du 31/7/91 portant réforme hospitalière et les ordonnances du 24/4/96. La loi de 1991 a permis d'adapter l'offre aux besoins de santé, de renforcer l'autonomie des établissements, de réaffirmer le pluralisme hospitalier. Quant à l'ordonnance n° 96 – 346 du 24/4/96, elle a clarifié les responsabilités, permis d'allier qualité et organisation, de développer la coopération, d'amener les établissements vers l'accréditation.

Les hôpitaux locaux comprennent un nombre de lits médico-sociaux importants au regard de leur capacité globale (plus de la moitié à l'hôpital de St-B.). Ainsi, en attendant la réforme de la loi de 75, la partie médico-sociale peut bénéficier des perspectives d'évolution données par l'ordonnance de 1996 notamment au travers de deux axes importants :

- les bénéfices de la communauté d'établissements qui permet de mettre en commun des services,

- l'accréditation qui, par le biais d'une auto-évaluation interne, amène progressivement l'hôpital à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans tous les services comme nous le verrons en deuxième partie.

De la même manière, il n'est pas concevable de construire un projet d'établissement et un projet social concernant la seule partie sanitaire d'un établissement. La stratégie de projet doit être globalisée sur l'ensemble des services.

Ainsi, l'hôpital de St B. est entré dans un processus de changement. L'écriture du projet d'établissement, l'entrée dans la démarche d'accréditation, la perspective de conventionnement l'amènent dans une démarche d'évaluation et d'évolution entraînant l'ensemble de la structure. L'écriture du projet social participe de cette dynamique. Il nécessite au préalable une analyse de l'existant et un diagnostic interne permettant d'ajuster le projet et d'y apporter une cohérence. Ainsi, travailler sur un projet social permet d'aller du diagnostic au changement.

DEUXIEME PARTIE
DIAGNOSTIC ET ANALYSE
de la FONCTION GRH
à L'HOPITAL DE ST-B...

2 DIAGNOSTIC ET ANALYSE DE LA FONCTION GRH A L'HOPITAL DE ST-B.

Le projet social vise l'amélioration générale des conditions de gestion des ressources humaines et de participation des personnels à la vie de l'établissement. Il doit permettre de valoriser ses points forts et de fournir des réponses aux dysfonctionnements.

Le diagnostic est un outil fondamental dans la construction d'un projet :

« C'est un outil de pilotage et de direction, il formalise et évite le tâtonnement excessif, il doit faire appel à de multiples éclairages. Le diagnostic suppose adhésion et participation, il doit être préparé. »²⁸

Sur ce point, plusieurs éléments peuvent aider à la construction de ce projet social :

- ⇒ une connaissance de l'établissement,
- ⇒ une analyse de l'existant : le bilan social de l'établissement, l'audit de 1996.
- ⇒ Un diagnostic interne : l'auto analyse accréditation sur le thème de la GRH, l'enquête de satisfaction auprès du personnel et un audit auprès du personnel de la blanchisserie.

Pour établir ce diagnostic, nous avons réalisé une partie de l'analyse à partir de documents fournis par le service du personnel, les cadres infirmiers et le médecin. Le bilan social de l'année 2000 a été élaboré. Puis, dans le cadre de l'accréditation, j'ai animé un groupe de travail spécifique, dédié à l'auto-évaluation. Par ailleurs, deux audits précités ont été effectués ainsi qu'une analyse de besoin en matière de conditions de travail. Je suis consciente que la situation de stagiaire m'a conféré une place privilégiée et qu'il en sera tout autrement lorsque je serai en fonction de direction d'établissement.

2.1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SES MISSIONS.

L'hôpital de St-B. se trouve au cœur d'un pays rural et boisé à 870 m d'altitude et à 20 km d'une agglomération. Son origine remonte au Moyen-Age ; Il était à l'époque une maison de refuge destinée à héberger et à nourrir pèlerins et passants.

²⁸ LEFEVRE P., Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, janvier 2000, 305 pages. Page 181

De son passé, l'hôpital conserve le charme des bâtiments anciens et l'héritage d'un patrimoine mobilier et artistique important.

2.1.1 Fonctionnement

L'établissement dispose d'une filière gériatrique complète :

Tableau n° 2 : capacité de l'hôpital local ST-B.

SANITAIRE		SANITAIRE ET SOCIAL	
ACTIVITE	NBRE LITS	ACTIVITE	NBRE LITS
Médecine	10	Soins de longue durée dont CANTOU	46 14
Soins de suite et de réadaptation	12	Maison de retraite - valides - cure médicale	22 40
		Hébergement temporaire	4
		Logements foyers	20
TOTAL	22	TOTAL	112 lits hors foyer logement

2.1.1.1 Le service de médecine

D'une capacité de 10 lits, ce service à dimension humaine permet d'accueillir, pour un court séjour, des malades âgés, à proximité de leur domicile. Il assure des soins de premier recours et une convention avec un centre hospitalier proche organise, en cas de nécessité, l'orientation des cas les plus lourds. Les 8 médecins généralistes locaux peuvent continuer de suivre leurs patients.

2.1.1.2 Le service de soins de suite et de réadaptation

C'est aussi un service de proximité par rapport au lieu de vie. Il permet la prise en charge de rééducations orthopédiques, des suites de chirurgie abdominale et de pathologies lourdes médicales (cancérologie), les soins palliatifs.

2.1.1.3 Le service de soins de longue durée

Il a pour mission d'héberger les personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé requiert des soins médicaux constants. Il comprend des lits de soins de longue durée indifférenciés et des lits spécialisés dans la prise en charge des patients physiquement valides, atteints de démence sénile de type Alzheimer, organisés sur le modèle CANTOU²⁹.

2.1.1.4 La maison de retraite :

Elle a pour mission d'accueillir et d'accompagner des personnes âgées en situation de dépendance physique et/ou psychique. Elle est composée :

- ⇒ d'une section « valides », section de soins courants, destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus ne présentant aucune affection invalidante ;
- ⇒ d'une section de cure médicale, destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus ayant perdu leur capacité à effectuer seules les actes de la vie quotidienne ou atteintes d'une affection somatique ou psychique stabilisée. Elles nécessitent un traitement d'entretien et une surveillance médicale, ainsi que des soins d'auxiliaires médicaux.

2.1.1.5 Les autres services

L'hébergement temporaire :

Cette unité intégrée dans l'établissement permet l'accueil des personnes âgées et de décharger ainsi les familles pendant les vacances ou une indisponibilité temporaire. Elle est aussi utilisée en attente d'une place en maison de retraite ou en long séjour.

Le logement foyer :

Il s'adresse à des personnes ayant conservé une certaine autonomie physique et mentale. Situé à proximité de l'hôpital, il offre des logements d'une pièce ou deux pièces pour personnes seules ou couples. Les locataires y trouvent le confort d'un appartement adapté, avec cuisinette équipée, des salons à usage collectif, des équipements complémentaires (local buanderie équipé de lave-linge, un système téléalarme relié à l'hôpital). Les résidents

²⁹ Un service de soins type CANTOU est composé, en général, d'une pièce à vivre au centre et douzaine de chambres autour, ceci afin d'assurer une meilleure surveillance et prise en charge des patients.

ont la possibilité de prendre le repas de midi dans une salle à manger aménagée à leur intention à l'hôpital.

2.1.2 La population accueillie

A partir d'une étude³⁰ faite sur une population de 107 personnes, l'unité d'orientation des personnes âgées de l'établissement (UOPA)³¹ fait ressortir les éléments suivants au 27/4/2001 :

2.1.2.1 Sexe et âge

Tableau n° 3 : répartition par sexe et par âge. Extrait du bilan du 27/4/2001

	Effectif	Pourcentage	Âge moyen (ans)	80 ans et plus (%)
Hommes	38	35.51	81.32	57.89
Femmes	69	64.49	87.41	85.51
Total	107	100	85.24	75.70

Ce tableau fait ressortir une forte proportion de femmes de plus de 80 ans par rapport aux hommes plus jeunes et moins nombreux.

2.1.2.2 Répartition des groupes iso-ressources

La perte d'autonomie est mesurée par les groupes iso-ressources (GIR). Ce sont des groupes homogènes en charge de soins (soins de base et relationnels), définis par le niveau d'autonomie par rapport aux activités de la vie quotidienne., le GIR 1 représentant les personnes les plus dépendantes.

³⁰ Sur la base d'un logiciel GALAAD: gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision.

³¹ L'unité d'orientation pour personnes âgées comprend un médecin gériatre vacataire, un cadre infirmier et une assistante sociale.

Tableau n° 4 : répartition des groupes iso-ressources. Extrait du bilan du 27/4/2001 (Hôpital local de St-B.)

Groupe	Effectif	Pourcentage	Points	Pourcentage	Coef.
GIR 1	30	28.04	3000	35.27	100
GIR 2	49	45.79	4116	48.40	84
GIR 3	11	10.28	726	8.54	66
GIR 4	14	13.08	588	6.91	42
GIR 5	3	2.80	75	0.88	25
GIR 6	0	/	/	/	7
Total	107	/	8505	/	/

Le GIR pondéré moyen (GPM)³² est égal à 79,49 (sachant que le groupe 1 vaut 100), ce qui montre que la population accueillie nécessite une prise en charge importante. C'est un indicateur de charge de soins de base pour la population étudiée. Ce GPM correspond à une valeur moyenne de 29 heures 39 minutes de soins par jour et par personne.

En croisant certaines variables, l'UOPA a pu définir des populations dites particulières imposant une prise en charge lourde et difficile en soins et surveillance, un même patient pouvant se retrouver dans plusieurs catégories.

Tableau n° 5 : populations particulières (extrait du bilan décrivant l'état de la population présente au 27/04/2001), hôpital local de St-B.

Déments, troubles cognitifs sévères	75.70 %
Errants ou déments déambulants	38.32 %
Fugueurs	3.74 %
Confinés au lit	38.32 %

³² Nombre total de points divisés par l'effectif de la population

2.1.2.3 Les niveaux de soins nécessaires

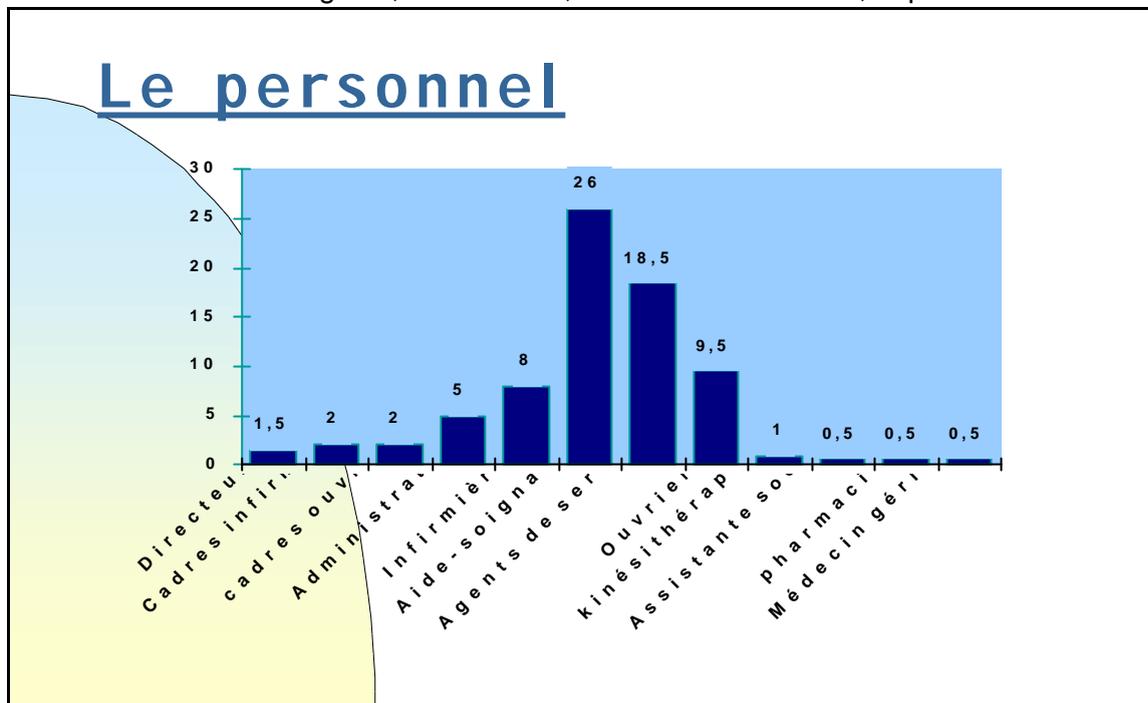
Tableau n° 6 : les niveaux de soins nécessaires. Extrait du bilan du 27/4/2001, hôpital local de St-B.

	Points globaux de la structure	Points moyens par patient et par poste
Soins médicaux gériatriques	2542	24
Soins psychiatriques	1080	10
Soins techniques infirmiers	2411	23
Rééducation et réadaptation	556	5
Psychothérapie ordonnancée	342	3
Actes de biologie	846	8
Autres explorations	518	5
Pharmacie et petit matériel	3209	30

On constate à l'hôpital de St-B. que la population accueillie est de plus en plus dépendante et ce, dans tous les services, ce qui demande une prise en charge spécifique. On remarquera, dans l'analyse du questionnaire diffusé au personnel, combien cette prise en charge est lourde, difficile pour le personnel et source de dégradation des conditions de travail.

2.1.3 Le personnel

Tableau n° 7 : Nombre d'agents, année 2000, Extrait du bilan social, hôpital de St-B.



L'établissement comprend un effectif budgétaire de **71 agents** en équivalent temps plein. Par ailleurs, il rémunère sous forme de vacances l'équivalent d'un mi-temps de médecin gériatre, un mi-temps de pharmacien, un temps plein de kinésithérapie réparti sur trois personnes. De plus, il rémunère un directeur à mi-temps, poste autorisé par la tutelle mais non budgétisé.

D'autres éléments relatifs au personnel de l'établissement apparaîtront au fur et à mesure de cette deuxième partie.

2.1.4 Le projet d'établissement

L'hôpital de St-B. est donc un établissement à part entière, de premier plan dans son bassin géographique. Il répond à des besoins bien spécifiques correspondant à un environnement particulier.

2.1.4.1 Évolution

Depuis plusieurs années déjà l'établissement est dans une spirale d'évolution et a développé plusieurs actions qui en font un établissement **dynamique** :

- ⇒ création d'une unité d'orientation pour personnes âgées - composée d'un médecin gériatre, d'un cadre infirmier et d'une assistante sociale - chargée d'évaluation gériatrique ;
- ⇒ informatisation du dossier médical et du dossier de soins ;
- ⇒ prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ;
- ⇒ engagement dans la démarche d'accréditation avec un animateur qualité.

2.1.4.2 Éléments du projet d'établissement

Bien qu'encore en phase d'écriture, le projet d'établissement de l'hôpital révèle déjà ses grandes lignes :

⇒ **relatives au projet médical** :

- création d'un poste de gériatre à temps partiel,
- informatisation du dossier médical,
- mise en place du CLIN (comité local des infections nosocomiales) et des vigilances sanitaires,
- prise en charge de la douleur et accompagnement des personnes en fin de vie,
- communication et travail en réseau.

⇒ **relatives au projet architectural** :

- rénovation et humanisation de la maison de retraite, avec unités spécifiques pour personnes âgées dépendantes ;
- aménagement des locaux de la buanderie.

⇒ **relatives aux évolutions réglementaires** :

- réforme des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (médecin coordonnateur, projet de vie...),
- projet d'animation et de mise en valeur du patrimoine culturel,
- projet de CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique.

2.2 L'ANALYSE DE L'EXISTANT

Plusieurs points ont été analysés et notamment le bilan social de l'année 2000 et l'audit réalisé en 1996.

2.2.1 Le bilan social

Celui-ci récapitule les données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social mais son élaboration et son exploitation ne sont pas systématiques.

Ainsi, réalisé pour la première fois dans l'établissement au titre de l'année 2000, il fait ressortir les éléments suivants :

- ⇒ une tendance au **vieillissement** du personnel : plus de 60 % du personnel a plus de 40 ans. La moyenne d'âge est de 42,89 ans. 16 agents sont susceptibles de partir dans les 5 années à venir.
- ⇒ un taux d'**absentéisme** relativement important : 23,23 jours par agent contre 18,50 jours pour la moyenne nationale.³³
- ⇒ la **formation permanente** n'est pas accessible à certains services : administration, services logistiques.

L'analyse des différents comptes-rendus du comité technique paritaire des huit dernières années permet de confirmer ce dernier élément.

2.2.2 Bilan de l'audit du 12/2/96 :

La méthode a consisté à favoriser l'expression du personnel par rapport aux conditions de travail et ses difficultés par le biais d'entretiens individuels. L'objectif final était d'identifier les dysfonctionnements, causes de difficultés dans les conditions de travail et de non qualité dans les prestations servies par l'hôpital, d'analyser ces dysfonctionnements et d'évaluer les problèmes organisationnels engendrés.

Le diagnostic consistait à permettre la mise en place un plan d'action qualité , dans le cadre d'un contrat d'amélioration des conditions de travail, avec pour objectifs de répondre toujours mieux aux demandes de la population locale, de satisfaire aux attentes du personnel, de mobiliser l'ensemble du personnel, d'améliorer son organisation, de réduire ses dysfonctionnements et ses coûts de non qualité.

³³ GADEL G....Données 1997, Informations hospitalières, Spécial 2000, n° 53, pp. 13 – 21.

Plusieurs dysfonctionnements ont été soulevés sur le plan managérial, organisationnel, et au niveau de la communication. Si l'on compare les dysfonctionnements relatés dans cet audit, ceux de l'enquête de satisfaction et de l'audit auprès de la blanchisserie, on peut relever, de manière résumée, les similitudes suivantes :

- ⇒ La notion de reconnaissance semble manquer au personnel ;
- ⇒ Il existe des groupes socioprofessionnels ayant des préoccupations différentes, quelques fois des valeurs différentes ;
- ⇒ Le cloisonnement par service et étage empêche toute communication pour résoudre les problèmes ;
- ⇒ Le manque de définition de responsabilité est souvent abordé et est cause d'un malaise face aux conséquences juridiques ;
- ⇒ Il semble qu'il y ait un manque de qualification et d'adaptation au poste pour le personnel type CES ;
- ⇒ Il y a un manque d'organisation dans la communication ce qui entraîne que les infos passent peu ou mal ;
- ⇒ Les informations médicales ne sont pas toujours suffisantes ;
- ⇒ La communication, la concertation entre les différents groupes, entre les services paraissent insuffisantes.

A la suite de cet audit, un plan d'action qualité a été engagé, qui a favorisé les améliorations suivantes :

- ⇒ Mise en place de la polyvalence,
- ⇒ Évolution de l'organigramme de l'établissement, les définitions de fonctions, les procédures et protocoles divers,
- ⇒ Prise en compte de la charge mentale (formation sophrologie, intervention d'un psychologue au CANTOU et en long séjour),
- ⇒ Pérennisation des formations manutention, hygiène et sécurité incendie,
- ⇒ Prise en compte de l'importance de la médecine préventive,
- ⇒ Achat de matériels adaptés.

2.3 LE DIAGNOSTIC INTERNE

Le diagnostic interne est composé essentiellement des conclusions de l'auto-analyse dans le cadre de l'accréditation, de l'enquête de satisfaction auprès du personnel et de l'audit élaboré en service blanchisserie.

2.3.1 L'auto-analyse dans le cadre de l'accréditation

2.3.1.1 Cadre réglementaire

Suite à la loi du 30/7/91 portant réforme hospitalière, ce sont les ordonnances du 24/4/96 qui ont, parmi les axes forts de la réforme, introduit la question de l'accréditation dans les établissements publics et privés. Les établissements ont un délai de cinq ans pour s'engager dans la procédure, dans le cadre du contrat les liant à l'agence régionale d'hospitalisation, l'objectif final étant que les établissements entrent dans une dynamique d'amélioration de la qualité permanente et évolutive de la prise en charge des soins. A cette fin, l'agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES) a été créée.

Dans le manuel édité par l'ANAES³⁴, l'accréditation est définie ainsi :

« L'accréditation est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de la prise en charge du patient sont réunies. »

L'ANAES a élaboré différents référentiels sur lesquels les établissements peuvent s'appuyer pour élaborer leur propre diagnostic interne. A l'hôpital Saint-B., l'engagement dans la démarche date de février 2000. Auparavant, il a été précédé par l'embauche d'un emploi jeune : agent qualité, ce qui a énormément facilité les choses, vu l'ampleur du travail que génère cette démarche.

2.3.1.2 Les grandes lignes de la démarche

L'auto-analyse est issue de plusieurs étapes indispensables :

- ⇒ Février 2000 : communication auprès de l'ensemble du personnel sur la démarche d'accréditation sous différentes formes : informations aux panneaux d'affichage, informations jointes à la fiche de paye, discussions dans les différents services.
- ⇒ Mars 2000 : mise en place d'un nouveau comité de pilotage dont la composition est définie en concertation avec la direction et le personnel d'encadrement et sollicitation du personnel.

³⁴ ANAES, A propos de l'accréditation, septembre 1998.

- ⇒ Avril 2000 : constitution de sept groupes de travail multidisciplinaires, avec des chefs de groupes, travaillant sur les dix référentiels du manuel d'accréditation :
- ◆ Groupe 1 : droits et information du patient,
 - ◆ Groupe 2 : dossier du patient,
 - ◆ Groupe 3 : organisation de la prise en charge du patient,
 - ◆ Groupe 4 : management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion de la qualité et prévention des risques,
 - ◆ Groupe 5 : gestion des ressources humaines,
 - ◆ Groupe 6 : gestion des fonctions logistiques,
 - ◆ Groupe 7 : vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.
- ⇒ A partir de mai 2000 : auto-évaluation au niveau de chaque groupe : réalisations d'actions concrètes, proposition de projets d'amélioration

Un comité de pilotage se réunit régulièrement pour faire le point sur l'avancée des travaux de groupe.

Dans la cadre de l'accréditation, en manageant le groupe 5 (gestion des ressources humaines), cela m'a permis de faire le parallèle avec l'écriture du projet social et de synchroniser les deux projets, en cohérence.

2.3.1.3 Le travail du groupe GRH accréditation

Le groupe dans sa totalité était composé de 8 personnes de grades et de services différents. Pour évaluer l'ensemble des questions du référentiel, le groupe s'est réuni 7 fois, avec à chaque fois une bonne représentation du personnel (annexe n°1 tableau de bord des réunions). Il a fait ressortir les éléments suivants :

2.3.1.3.1 Évaluation de la fonction personnel.

- ⇒ La fonction de l'agent responsable est clairement identifiée. Les tâches du service ont été répertoriées, ainsi que le recensement des tableaux de bord.
- ⇒ Un système d'information permet de recueillir toutes les données nécessaires à la gestion administrative du personnel. Un dossier est élaboré pour chaque agent. Ces renseignements sont entourés de confidentialité.

⇒ On peut constater, malgré la réalisation de plusieurs actions spécifiques, l'absence d'écrit stratégique d'ensemble sur la gestion des ressources humaines à l'hôpital. La fonction GRH se révèle peu développée.

2.3.1.3.2 Le projet social

Il n'est pas écrit. Il doit tenir compte des missions de l'établissement, de son plan stratégique, de son organisation, de la réglementation.

2.3.1.3.3 Les instances

Elles se réunissent régulièrement sur des questions relevant de leur compétence et font l'objet d'un compte-rendu affiché. Par ailleurs, le personnel participe à d'autres réunions.

2.3.1.3.4 La gestion prévisionnelle du personnel

- ⇒ Les définitions de fonction ont été écrites et communiquées. Il reste peut-être à définir un dispositif de réactualisation régulière ;
- ⇒ La gestion des compétences internes se traduit par l'entretien annuel d'évaluation fait au niveau des services de soins et maison de retraite ;
- ⇒ Il existe un pool IDE et ASH remplaçantes ;
- ⇒ La mobilité du personnel est réalisée chaque année par les cadres infirmiers, selon un protocole établi en commission de soins infirmiers et après entretien d'évaluation.

2.3.1.3.5 Procédures d'accueil et d'intégration du personnel

Un nouveau livret d'accueil du personnel est en cours d'écriture. Il présente les missions de l'établissement, les secteurs d'activité, les droits et devoirs de l'agent, le fonctionnement de l'établissement, le statut du personnel et quelques règles préventives.

2.3.1.3.6 L'évaluation du personnel

En service de soins, un entretien annuel se déroule entre l'encadrement et chaque membre du personnel selon le canevas d'un questionnaire support. Les besoins individuels de formation sont identifiés à ce moment là et notés sur le bilan d'évaluation.

En revanche, les services logistiques et administratifs n'ont pas d'entretien annuel.

2.3.1.3.7 La formation

- ⇒ Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est en place pour le personnel soignant et, depuis cette année, ouvert aux autres services³⁵,
- ⇒ Toutefois, il manque un lieu où l'on centralise, analyse et réactualise les besoins en formation recensés. Il faudrait identifier une personne responsable de centraliser les demandes de tous les services, d'en évaluer le coût total, d'établir chaque année un bilan des formations suivies,
- ⇒ L'évaluation des formations n'est pas faite,
- ⇒ La politique promotionnelle : actuellement, compte tenu du budget imparti à la formation, les études promotionnelles ne sont pas prises en charge.

2.3.1.3.8 Les conditions de travail

Évaluées au cours du second semestre 2000, elles ont abouti à la signature d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail³⁶. Ce contrat met l'accent sur la prise en compte des charges physiques et psychiques dans l'établissement.

Une somme de 182 000 FF a été accordée, permettant l'achat d'un fauteuil pèse-personne et le financement des formations demandées : manutention, sophrologie, buanderie.

Par ailleurs, en dehors de ce contrat, d'autres améliorations ont été obtenues par l'achat de matériels et aménagements divers. Cependant, d'autres actions préconisées n'ont pas été réalisées pour diverses raisons :

- ⇒ dossiers à l'étude : hygiène des mains dans les chambres, réaménagement d'un local au 2^{ème} étage, salon de coiffure...
- ⇒ dossier reporté dans le cadre de futurs travaux : climatisation de la buanderie,

Un plan annuel d'amélioration des conditions de travail doit être élaboré avec bilan et suivi.

Globalement, l'entrée dans la démarche d'accréditation a permis de diminuer certains dysfonctionnements déjà soulignés lors du diagnostic de 1996, ce que la troisième partie mettra en exergue.

³⁵ Une analyse des plans de formation sur 10 ans (comptes-rendus des comités techniques paritaires) a montré que seul le personnel soignant avait accès à la formation.

³⁶ Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Le protocole d'accord du 14 Mars 2000 et la circulaire DH/FH1/2000 n° 413 du 20/7/2000 précisent la mise en œuvre des contrats.

2.3.2 L'enquête de satisfaction auprès du personnel

2.3.2.1 Méthodologie

Une enquête auprès du personnel a été le préalable à l'écriture du projet social. Cette enquête a été réalisée sur la base d'un questionnaire validé par le groupe de travail GRH constitué dans le cadre de l'auto-évaluation concernant l'accréditation. Il a ensuite été validé par l'équipe de direction.

Ce questionnaire (annexe n° 2) comprend plusieurs thèmes évalués sur la base des points forts, points faibles et suggestions à partir d'une méthode utilisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes³⁷ :

- Le cadre matériel du service : équipement et locaux,
- L'organisation du travail : organisation du service, charge de travail, personnel, autonomie dans le travail, responsabilité dans le travail, conditions de travail,
- Les relations de travail : entre les agents, avec les malades, les familles, les médecins, l'encadrement, les autres services, la direction, la communication, le climat interne,
- La gestion du personnel : reconnaissance, formation continue, évaluation, participation, avantages sociaux,
- Vis à vis du malade ou du résident : projet ou motivation de travailler dans l'établissement, hôtellerie, soins, accueil du malade ou du résident, sortie du malade.

Le questionnaire a été transmis avec une note explicative par l'intermédiaire des fiches de paie de novembre et recueilli dans une urne près des vestiaires dans le courant du mois de décembre. Le dépouillement et l'analyse se sont étalés sur une période de deux mois. Une présentation au personnel a été faite en avril.

2.3.2.2 Résultats de l'enquête

Les résultats détaillés de l'enquête sont présentés en annexe 3.

³⁷ DELORME, Directeur des affaires sanitaires et sociales, CRAM, questionnaire adapté Page 71, extrait de : Le projet d'établissement : de l'expérience à la conceptualisation, Les cahiers de la CRAM Rhône-Alpes, N°1, 7 4 pages, octobre 1993.

34 % des personnes ont répondu. Cela peut paraître peu important mais il est essentiel de noter qu'il y a une bonne représentation des agents par rapport aux grades, aux services, suivant l'âge et l'ancienneté. Les agents de la maison de retraite ont fait une réponse collective. Seules les questions ayant motivé plus de 50 % de réponses sont reprises au niveau du projet social.

Les résultats essentiels sont les suivants :

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
CADRE MATERIEL DU SERVICE	
<u>Équipements</u>	
Des équipements adaptés : lits électriques, lèves-malades, chariots-douche – baignoire ouvrante, lave-bassin, matériel usage unique.	Équipement manquant : lits médicalisés dans certains services, chaises-pot roulantes. Vieux matériel notamment en maison de retraite.
<u>Locaux</u>	
	Chambres vétustes, trop petites, tristes, peu fonctionnelles (maison de retraite, 1 ^{er} , LS, annexe). Plans inclinés. Il manque une salle de repos pour le personnel et un lieu de vie pour les résidents
ORGANISATION DU TRAVAIL	
<u>Organisation du service</u>	
Bonne organisation et bonne entente entre collègues. Organisation des plannings connus à l'avance, validés par le personnel.	Manque d'harmonisation des horaires en maison de retraite. Récupération des congés fériés et congés horaires imposée.
<u>Charge de travail</u>	
	Charge de travail physique et psychique importante, rythme de travail intensif. Manque de personnel surtout en maison de retraite.
<u>Personnel</u>	
	Personnel CES compris dans les effectifs avec une fonction qui ne correspond pas au profil. Dépassements de fonction.
<u>Autonomie dans le travail</u>	
Autonomie et large initiative. Responsabilité des IDE et conscience professionnelle.	

<u>Responsabilité dans le travail</u>	
	Le personnel prend des responsabilités qui ne lui incombent pas.
<u>Jugement par rapport au travail</u>	
Jugement plutôt positif : passionnant ou intéressant, diversifié (85 %)	Quelques aspects négatifs (15 %) : manque de temps à consacrer aux personnes âgées. Travail absorbant et usant.
<u>Conditions de travail</u>	
	Port de charges lourdes. Dépendance physique et psychique de plus en plus importante des personnes âgées.
RELATIONS DE TRAVAIL	
<u>Relations entre les agents</u>	
Bonnes relations entretenues dans les équipes	Problème de communication sous diverses formes : à l'intérieur d'une équipe ou entre services. Clivage IDE – AS.ASH ?
<u>Relations avec les malades</u>	
Relations privilégiées et bonnes sous certaines conditions.	Manque de temps consacré à la relation du fait de la charge de travail
<u>Relations avec les familles</u>	
Relations très bonnes avec les familles qui s'impliquent et viennent régulièrement.	
<u>Relations avec les médecins</u>	
	Les médecins n'ont pas de communication avec l'équipe soignante, voire même peu de considération pour le personnel.
<u>Relations avec les autres services</u>	
Relations professionnelles à travers les formations. Polyvalence.	Services cloisonnés malgré la polyvalence.
<u>Communication</u>	
	Manque d'aboutissement des demandes, Manque d'information dans certains services (nuit, logistique).
<u>Relation avec la direction</u>	
Les relations sont bonnes, le contact est facile. Présence aux relèves une fois par semaine. Réunions de direction.	Les agents ne se sentent pas toujours écoutés.
<u>Climat interne</u>	
(Peu de réponses)	(Peu de réponses)

GESTION DU PERSONNEL	
<u>Reconnaissance</u>	
Travail reconnu par les collègues proches.	
<u>Formation continue</u>	
	Formation inexistante pour les agents de la maison de retraite. Pas de possibilité de promotion professionnelle.
<u>Évaluation</u>	
	Questionnaire « barbant ». Manque d'évaluation des agents contractuels.
<u>Votre participation</u>	
(Peu de réponses)	(Peu de réponses)
<u>Avantages sociaux</u>	
	Aucun avantage. Difficulté de dialogue avec le service du personnel et manque d'information.
VIS A VIS DU PATIENT OU DU RESIDENT.	
<u>Hôtellerie</u>	
Restauration point fort de l'établissement. Liaison chaude. Aliments bons et bien cuisinés.	Chambres en mauvais état, en particulier en maison de retraite. Manque de choix pour les repas surtout le soir. Repas fixé à 17 h 30.
<u>Soins</u>	
Soins relationnels privilégiés notamment en maison de retraite. Soins d'hygiène, matériel adapté.	Les résidents en maison de retraite ne voient jamais leur médecin. Manque de coordination médicale dans la pratique des soins en gériatrie. Absence de matériel d'hygiène des mains dans les chambres.
<u>Accueil du malade ou du résident</u>	
(Peu de réponses)	(Peu de réponses)
<u>Sortie du malade</u>	
(Peu de réponses)	(Peu de réponses)

Ce diagnostic a donné beaucoup d'éléments qui se recoupent avec l'audit réalisé en 1996. Il constitue avec les autres documents une base importante pour la réalisation du projet social.

2.3.3 L'audit de la blanchisserie

Lors de mon arrivée dans l'établissement, il est apparu que ce service, composé de 3,5 agents, connaissait depuis assez longtemps des problèmes non résolus, notamment, un absentéisme important. Il paraissait crucial de faire un diagnostic spécifique à l'aide d'une méthode différente, en vue de définir au final un plan d'actions favorisant la prise en compte de ces difficultés. Certaines d'entre elles ont donc fait l'objet d'une attention particulière dans le projet social.

2.3.3.1 Méthodologie

L'audit en blanchisserie a été réalisé en utilisant la méthode socio-économique déjà définie succinctement en première partie³⁸.

Au travers d'entretiens avec le personnel et l'encadrement, il s'est agi de faire ressortir les dysfonctionnements de la structure, puis d'en évaluer, si possible, les coûts cachés, dont la mesure échappe au système d'information de l'établissement, tel que le budget, la comptabilité générale ou analytique et les tableaux de bord usuels. L'objectif final est de proposer des solutions à ces dysfonctionnements, dans le sens d'une plus grande efficacité et d'une amélioration des conditions de vie professionnelle.

Cette méthode de management global s'appuie sur le développement humain, considéré comme facteur principal d'efficacité à court, moyen et long terme. L'appréhension de l'individu – son opinion, son comportement, ses compétences, ses relations, sa pratique professionnelle – repose sur plusieurs grilles d'analyse.

Ainsi, pour élaborer le diagnostic, 9 entretiens ont été nécessaires avec la direction, les cadres concernés par le service, les agents du service. Ces entretiens ont porté sur des thèmes précis : conditions et organisation du travail, gestion du temps, communication-coordination-concertation, formation, mise en œuvre stratégique.

A partir des entretiens, des dysfonctionnements ont été mis en évidence illustrés par une quinzaine de phrases témoin. Chaque phrase témoin a ensuite été rattachée à une idée clé.

Une présentation de cet effet-miroir a été faite, primo, à l'ensemble de la direction et des cadres puis, secundo, aux agents, ainsi qu'une grille de convergences des dysfonctionnements sur lesquels tout le monde s'accorde et des spécificités de chacun.

³⁸ Cours DU MAPROSS, Op. Cit.

2.3.3.2 La grille de convergences

La fréquence d'apparition des dysfonctionnements est évoquée par les adverbes toujours, très souvent, souvent, assez souvent et peu souvent. Dans la grille de convergence, les avis des cadres et des agents ont été distingués successivement.

SOUS-THEMES	CONVERGENCES
CONDITIONS DE TRAVAIL	
Matériel et fournitures	la lingerie dispose d'un matériel ancien et mal adapté au regard du travail effectué. (toujours et très souvent)
Aménagement et agencement des locaux	La partie linge sale est trop exiguë (parfois et assez souvent)
Nuisances	Le travail est rendu pénible à cause des nuisances sonores et thermiques. (assez souvent et très souvent)
Charge physique de travail	La charge physique de travail est importante. (souvent et toujours)
ORGANISATION DU TRAVAIL	
Conditions physiques de travail	Les conditions physiques sont difficiles (chaleur, travail debout, linge sale) (très souvent et toujours)
Ambiance de travail	Les relations de travail sont difficiles par manque de communication. (toujours et toujours)
Répartition des tâches	La polyvalence ne fonctionne pas dans le service, (toujours et toujours) Organisation très cloisonnée et peu réfléchie, (souvent et parfois) La répartition des tâches n'est pas clairement définie, (souvent et souvent) Le travail est réparti de manière inégale dans l'équipe. (souvent et assez souvent)
Intérêt du travail	Le personnel est démotivé (assez souvent et

	assez souvent)
Autonomie	Les agents sont trop autonomes (assez souvent et souvent)
Règles et procédures	Il y a un manque de références dans l'exercice du travail, (souvent et parfois) Les règles d'hygiène ne sont pas respectées. (très souvent et parfois)
Organigramme	Il n'y a pas d'encadrement direct, (souvent et toujours)
Régulation de l'absentéisme	Il y a un absentéisme important et gênant (toujours et assez souvent)
GESTION DU TEMPS	
Planification, programmation des activités	Les agents planifient eux-mêmes leurs activités et ne sont pas d'accord entre eux. (parfois et parfois)
Facteurs perturbateurs de la gestion du temps	Il y a des pannes fréquentes (assez souvent et souvent)
COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION (« 3C »)	
Transmission des informations	Les informations n'arrivent pas jusqu'à la blanchisserie. (souvent et parfois)
3C interne au service	Les agents du service ont des difficultés à communiquer et à se concerter entre eux (parfois et souvent)
3C verticale	La blanchisserie est un service marginalisé. (souvent et assez souvent)
Relations avec les services environnants	Il y a peu de relations avec les autres services. (assez souvent et assez souvent)
FORMATION INTEGREE	
Adéquation formation/emploi	Il existe un manque de compétences par rapport à la fonction des agents et des remplaçantes (formation « sur le tas »). (très souvent et toujours)

Besoins de formation	Les agents ne sont pas sollicités sur leurs besoins en formation. (très souvent et assez souvent)
MISE EN ŒUVRE STRATEGIQUE	
Orientations stratégiques	Les agents n'ont pas connaissance des missions de l'établissement et de leur service. (très souvent et souvent)
Gestion du personnel	La gestion est assurée par plusieurs personnes (souvent et assez souvent)

Ces éléments convergents seront utilisés principalement comme base pour élaborer des actions spécifiques.

Ainsi, toutes ces données recueillies, que ce soit sur un plan général ou dans un cadre spécifique tel que le service blanchisserie, font ressortir les forces et les faiblesses de l'établissement. Elles permettent de tirer les premières conclusions et d'alimenter une réflexion progressive qui fera l'objet de notre troisième partie. Un pré-projet social peut alors être proposé en vue de sa négociation. Tout ceci fait partie intégrante de la fonction de direction.

*TROISIEME PARTIE
L'ELABORATION
DU PROJET SOCIAL
ET LE TRAVAIL
DU DIRECTEUR*

3 L'ÉLABORATION DU PROJET SOCIAL ET LE TRAVAIL DU DIRECTEUR.

En mai 2000, le directeur m'a confié la mission d'écrire le projet social, partie significative du projet d'établissement, lui-même en cours d'élaboration. Cette mission a exigé des capacités spécifiques, en particulier en matière de management de projet.

Son élaboration a permis :

- d'associer gestion quantitative et qualitative avec l'objectif de satisfaire les usagers et les personnels,
- d'améliorer l'image de l'établissement,
- de développer des valeurs communes,
- de valoriser les ressources humaines dans la recherche de la qualité. Ces deux intérêts sont indiscutablement associés dans la quête de performance liée à la motivation du personnel,
- d'aller vers une GRH de plus en plus partagée,
- d'élaborer un outil de dialogue social et de meilleur fonctionnement de l'hôpital.

Cette énumération traduit l'importance des enjeux pour l'hôpital.

Si, pendant longtemps, la fonction de direction a comporté une dominante administrative, depuis quelques années, la notion de management ou de gestionnaire est apparue, lui donnant une dimension plus stratégique.

Pour Patrick Lefèvre³⁹ : « *Être directeur d'établissement, c'est exercer une délégation de pouvoir, c'est assurer la conduite et l'animation d'une organisation capable de répondre à sa mission, d'atteindre des objectifs susceptibles de satisfaire, de se développer dans un environnement changeant, d'animer et de promouvoir les différentes ressources humaines et matérielles afin de pérenniser l'objet social.* »

La fonction de directeur comprend cinq fonctions essentielles déclinées en activités principales⁴⁰. Le projet social touche toutes ces activités dont, en priorité, la gestion et l'animation des ressources humaines :

³⁹ LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de Directeur d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, janvier 2000, , 305 pages. P. 163.

⁴⁰ ENSP, Référentiel métier, année 2000.

- la gestion économique et financière, parce que la mise en œuvre du projet social engendre un coût pour l'établissement (le personnel représentant environ 70 % du budget de fonctionnement), mais aussi parce que le projet peut induire des économies ;
- la définition et conduite du projet d'établissement, parce qu'il en est partie intégrante ;
- la définition et conduite du projet d'intervention sanitaire et sociale, parce qu'il répond aux objectifs de l'établissement dont le principal est la prise en charge des malades et des résidents de qualité ;
- la gestion technique et logistique, parce que l'amélioration des conditions de travail passe par l'acquisition, le renouvellement d'équipements adaptés, l'amélioration des locaux, dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité pour les usagers, mais aussi pour le personnel.

L'écriture et la mise en œuvre du projet social dans un établissement nécessitent des compétences multiples de la part du directeur, notamment, dans le domaine de management de projet.

3.1 LE MANAGEMENT DE PROJET

3.1.1 Une stratégie de direction

Avoir une vision stratégique, c'est donner une image de ce que sera l'établissement dans trois à cinq ans, en fonction de son environnement. Elle implique de nouveaux objectifs, une nouvelle organisation, des critères de performance modifiés. Le projet d'établissement explicite plusieurs actions concrètes (dont le projet social), limitées dans le temps qui permettent de mettre en œuvre cette stratégie.

« Le projet d'établissement a une partie managériale réelle. Il authentifie et légitime l'autorité et la compétence d'un établissement, il contribue à affirmer son identité. »⁴¹

Pour Patrick Lefèvre, il contribue aussi à renforcer la culture interne. C'est une œuvre collective qui fait participer tous les acteurs. Il entraîne une dynamique interne car il met l'établissement en mouvement. Il permet de se ré-interroger sur les pratiques, de valider les points forts. Il évite la routine. Le projet social œuvre dans le même sens.

Le directeur a ici un rôle managérial important :

⁴¹ LEFEVRE Patrick, Op. Cit.

- ⇒ déterminer les grandes orientations du projet d'établissement dans lequel le projet social s'inscrira ;
- ⇒ définir les méthodes pour parvenir à son élaboration (cf. cahier des charges) ;
- ⇒ élaborer le projet social en tenant compte d'un diagnostic préalable ;
- ⇒ communiquer au fur et à mesure des étapes de construction du projet ;
- ⇒ négocier et valider ;
- ⇒ évaluer.

Tout ceci participe à donner du sens à l'action entreprise.

« Nous considérons ici le management comme une fonction, celle qui permet de prendre les décisions qui s'imposent et de s'adapter aux évolutions externes, pour utiliser au mieux ses ressources, donner des objectifs aux hommes et aux équipes, les animer... »⁴²

La qualité du management humain est un levier pour aller vers une qualité de fonctionnement (image interne) et ensuite une qualité de services (image externe)⁴³.

A l'hôpital de St-B., le projet social a nécessité plusieurs étapes qui m'ont permis de le conduire, l'animer et l'élaborer (annexe 5).

3.1.2 Conduire et animer le projet social

3.1.2.1 Une organisation planifiée dans le temps.

Dès le départ de la mission, un cahier des charges a été élaboré (annexe n° 6). Celui-ci permet de se projeter et de visualiser dans le temps les différentes étapes et activités nécessaires pour aboutir au projet final⁴⁴. Il est important de ne pas se précipiter, de favoriser la réflexion et la concertation. Planifier, c'est prévoir le volume de temps nécessaire à la réalisation de chacune des activités, programmer c'est fixer des dates sachant, qu'à l'hôpital, il n'est pas facile de tenir un calendrier compte tenu des impératifs de chacun.

⁴² BONIS Jean, Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux Français, Gestions hospitalières, février 1994, N° 333, P. 134 à 140.

⁴³ ZARDET V., KRIEF N., Cours de management de projet, Université Lyon II, DU MAPROSS, 2000 – 2001.

⁴⁴ ZARDET V., KRIEF N., Ibid.

3.1.2.2 La mise en place d'un groupe de pilotage et la constitution de groupes de travail.

3.1.2.2.1 Le groupe de pilotage

Le rôle du groupe de pilotage est de valider les différentes étapes, du diagnostic au projet final. J'ai choisi comme groupe de pilotage, le comité de direction de l'établissement, composé des directeurs, de l'encadrement soignant et technique, de l'agent qualité et du médecin gériatre. Il a validé dès le départ les méthodes de diagnostic que je souhaitais utiliser pour réaliser les audits auprès du personnel et celui, plus spécifique, du service blanchisserie. Ce comité, réuni tous les vendredis matin, a été informé régulièrement de l'avancée des travaux engagés.

Par ailleurs, dans la dernière phase qui constitue la présentation d'une proposition de projet social et la négociation d'actions, le groupe de pilotage a informé les représentants syndicaux, afin d'élargir le champ des solutions et d'améliorations envisageables. En effet, les intégrer dans cette phase permet de gagner du temps lors de sa validation par les instances.

3.1.2.2.2 Le groupe de travail GRH accréditation

Celui-ci était, au départ, majoritairement composé de cadres (direction, cadre infirmier) ou personnel IDE et l'agent du service du personnel. Il manquait une représentation du personnel soignant : aide-soignant et agent des services hospitaliers et du personnel ouvrier : cuisine et blanchisserie. Trois représentants de ces catégories ont été conviés à participer, afin de favoriser une expression la plus large possible, nécessaire à la promotion d'une culture qualité. Chacun à son niveau doit pouvoir transmettre sa représentation et son vécu professionnel pour que les propositions d'actions ne soient pas déconnectées de la réalité de terrain et donc plus facilement intégrées.

3.1.2.3 Une étape diagnostic.

3.1.2.3.1 Rôle du diagnostic.

De plus en plus d'établissements font appel à un consultant externe pour réaliser cette étape diagnostic et réussir les changements nécessités par les évolutions réglementaires. J'ai eu l'opportunité, à ma place de stagiaire, de réaliser ce diagnostic, avec comme objectif, d'aboutir à une vision synthétique et claire de l'hôpital, dans ses aspects les

plus essentiels. Le diagnostic dresse un panorama des points sensibles, l'objectif final étant le bien-être des patients et des résidents grâce à un personnel satisfait.

3.1.2.3.2 Les méthodes de diagnostic pratiquées

A l'hôpital de St-B. plusieurs méthodes ont été utilisées :

⇒ **Un audit dans le service blanchisserie**, suivant la méthode socio-économique. Il s'agit d'une pratique d'écoute de ce qui est dit, mais aussi du non dit et de ce qui se manifeste.

« *Les acteurs sont sujets dans l'analyse et sujets actifs dans la recherche d'options de changements* ». ⁴⁵

Un rapport a été remis au directeur avec une clause de confidentialité interne et externe. Par contre, une communication orale a été faite au personnel. Le rôle du directeur étant de favoriser l'expression, cela a fourni l'occasion aux agents de réagir sur les points soulevés. La réunion de présentation du diagnostic a permis de relativiser certains propos notamment par rapport à l'absentéisme, l'utilisation des machines et le travail en lingerie.

Cette méthode présente l'inconvénient de ne faire apparaître que les dysfonctionnements. Le directeur se doit alors de faire un travail de communication important auprès du personnel, avant la restitution du diagnostic. Par contre, c'est une méthode intéressante dans le sens où ce management construit le consensus à partir d'un état conflictuel reconnu comme tel ⁴⁶. Il s'agit d'une méthode globale de pilotage du changement ayant pour objectif l'amélioration de la qualité des prestations au service des usagers, mais aussi l'amélioration des conditions de travail.

Elle privilégie le management comme levier d'une meilleure qualité du service rendu à l'utilisateur.

⇒ **Une analyse de besoins sur les conditions de travail** : un recueil des besoins a été fait dans chaque service et travaillé en équipe. Les données ont été ensuite regroupées pour en faire un document unique.

⇒ **Une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble du personnel**. Le choix de questions ouvertes a alourdi considérablement le dépouillement des données, mais favorisé une expression large.

⁴⁵ BEC. J., GRANIER F., SINGERY J., Le consultant et le changement dans la fonction publique, Paris, Collection l'Harmattan, 1993, 152 pages.

⁴⁶ SAVALL H., ZARDET V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, Préface de Marc-André LANSELLE, Paris, Economica, 1^{ère} édition 1989, 3^{ème} édition octobre 1995, 405 pages.

⇒ **L'étude de documents et l'analyse statistique** : une réflexion a été conduite sur les indicateurs qualitatifs et quantitatifs issus des données sociales de l'établissement.

En synthèse, ces différentes méthodes se sont articulées autour des axes suivants :

- ⇒ mise en exergue des dysfonctionnements ;
- ⇒ analyse des points forts et des points faibles de l'établissement ;
- ⇒ analyse des évolutions ;
- ⇒ mise en relation des informations successives et liens de causalité entre les dysfonctionnements et leurs conséquences ;
- ⇒ évaluation des risques avant les propositions d'action ;
- ⇒ communication au personnel concerné.

Le diagnostic apporte donc des informations complémentaires sur la connaissance et le fonctionnement de l'hôpital. Une part du diagnostic peut être établie par un consultant externe (enquête, audit), l'autre relevant de **l'analyse des données sociales internes** par le directeur. Le diagnostic met à jour les problèmes de fond et permet d'accompagner la réflexion pour introduire le changement.

3.1.2.4 L'animation de réunion

Investie, au départ, de la mission d'écrire le projet social, d'avoir donc la "casquette" de « chef de projet », m'a automatiquement amenée à animer les réunions organisées dans ce cadre.

L'établissement étant en phase d'auto-évaluation, dans le cadre de l'accréditation, de nombreuses réunions ont été programmées. Il était donc nécessaire de rendre ces réunions constructives, créatives, bien délimitées dans le temps pour éviter l'essoufflement du personnel. Toutes les réunions ont été préparées : avec ordre du jour précis, documents remis le jour même ou à l'avance lors de la négociation. Les groupes étaient composés de personnels volontaires, représentatifs des diverses catégories professionnelles de l'établissement. Un compte-rendu systématique a été remis à chaque membre du groupe et affiché. Par ailleurs, pour favoriser l'intérêt et la participation, notamment dans le groupe GRH accréditation, la méthode a été de ne pas répondre exclusivement au manuel

d'accréditation⁴⁷ mais de profiter d'un groupe bien représentatif pour travailler sur les améliorations à apporter dans le domaine de la GRH.

Ainsi, la première réunion a consisté à présenter la méthode de travail et à s'interroger sur les premières références.

Les autres réunions ont allié travail sur les références et présentation de projets divers sur le thème de la GRH. Ainsi, plusieurs documents ont été élaborés :

- ⇒ Une information sur le projet d'établissement et le projet social, qui ont fait l'objet d'une information ultérieure à l'ensemble du personnel par le canal « Qualité infos »,
- ⇒ Une information sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- ⇒ Un recueil et une présentation des activités du service du personnel de l'établissement,
- ⇒ Un recensement des besoins en formation du personnel administratif et logistique,
- ⇒ La validation du questionnaire de satisfaction auprès du personnel,
- ⇒ L'élaboration du livret d'accueil en direction des personnels et des nouveaux arrivants.

Le directeur se doit de **faciliter une participation pluridisciplinaire**. Elle favorise le décloisonnement, oblige chacun à se comprendre dans ses représentations et rend plus transparents le travail élaboré, les actions proposées et la validation finale. Le directeur doit **encourager et développer l'échange** pour une compréhension collective des problèmes et des éléments discutés.

Cependant, les horaires et le travail en poste des agents ne favorisent pas toujours cette participation. En outre, comme nous le verrons plus loin, dans la partie critique du projet, elle dépend aussi de l'histoire de l'établissement et des habitudes de travail.

3.1.2.5 La délégation

« Diriger, c'est ne pas être partout, en tous lieux et à toutes les places, c'est accepter pour soi-même et pour les autres le jeu de la délégation. »⁴⁸

Cette dernière implique une répartition du pouvoir et des tâches, une division de l'autorité et des compétences, le principe de la responsabilité individuelle, le fait de rendre compte et du contrôle.

Cette délégation peut être de plusieurs ordres. Concrètement, il s'est agi, par exemple :

⁴⁷ Le manuel d'accréditation comporte, d'une part, une partie explicative relative aux principes et aux différentes étapes de la procédure, et d'autre part, l'ensemble des référentiels. Ceux-ci se déclinent en références et critères et couvrent l'ensemble des activités de l'établissement de santé.

⁴⁸ LEFEVRE Patrick, Op. Cit.

- de confier des tâches aux membres du groupe accréditation pour la constitution du livret d'accueil ou de faire réfléchir les agents de la blanchisserie à leur définition de fonction, de travailler avec le responsable du service du personnel sur le bilan social,
- de confier aux cadres et à l'agent qualité, à travers les réunions du comité de direction, le soin de communiquer la volonté institutionnelle en matière de projet d'établissement. L'encadrement a joué, ici, un rôle spécifique. Interface entre la direction et les services, il a fait passer les messages auprès des équipes (compréhension de la notion de projet, nécessité de remplir le questionnaire de satisfaction...). Par ailleurs, l'encadrement s'est impliqué pour mener les investigations nécessaires à certains projets ; Par exemple, l'état des lieux par rapport à la réduction du temps de travail et aux conditions de travail. Son rôle reste aussi crucial pour la suite, car c'est lui qui initie, dans les services, les changements rendus nécessaires, et qui fait remonter les difficultés rencontrées par le personnel.

3.1.2.6 La communication

« Communiquer, c'est apporter de la clarté, de la lisibilité, c'est aussi faire partager et associer collaborateurs et partenaires »⁴⁹

La communication peut être définie comme le moyen le plus adapté de mettre en commun, de s'informer, de traduire des intentions et des messages à destination interne et à celle de l'environnement.⁵⁰ Pour le directeur, elle permet de faire partager à l'ensemble du personnel une certaine représentation de l'avenir souhaité.

Dans l'établissement, elle s'est traduite par :

- ⇒ des réunions d'information du personnel : compte-rendu de l'enquête de satisfaction, compte-rendu de l'audit du personnel de la blanchisserie. Ces réunions ont visé à faciliter l'appropriation des résultats,
- ⇒ des temps d'information aux cadres à travers la réunion hebdomadaire du comité de direction, au fur et à mesure des étapes,
- ⇒ diverses communications ciblées pendant les réunions,
- ⇒ une information écrite par le biais du feuillet « info-qualité » sur l'avancée des travaux de groupe dans le cadre de l'accréditation,

⁴⁹ LEFEVRE Patrick, Op. Cit.

⁵⁰ LEMARIE, Cours ENSP « Stratégie et projet d'établissement », Juillet 2000

⇒ la participation de l'équipe de direction en fin de relève du personnel : ces moments ont été l'occasion de discuter de problèmes concrets. Le nombre de personnes étant peu important, c'est un moment privilégié pour bien expliquer certains points et favoriser la participation du personnel au projet.

3.2 LES COMPOSANTES DU PROJET SOCIAL ET LES PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCRETES

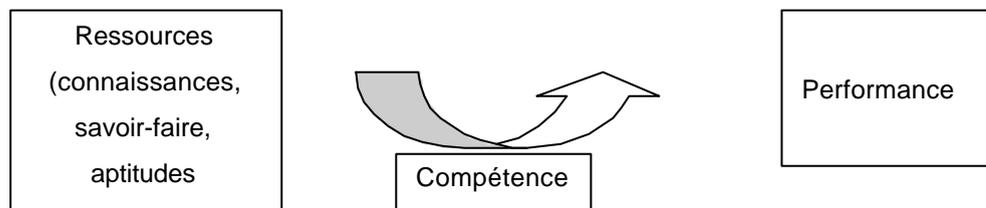
3.2.1 La formation

3.2.1.1 Contexte

La formation est un enjeu majeur pour l'organisation hospitalière. La définition qu'en donnait Condorcet, voici deux siècles, reste d'actualité⁵¹ :

« La formation doit assurer aux hommes de tous les âges de la vie la facilité de conserver leurs connaissances ou d'en acquérir de nouvelles ».

C'est un outil managérial dans la prise en compte des évolutions et d'une démarche qualité. Elle permet, de plus, d'améliorer les compétences pour une meilleure performance globale de l'établissement.



L'article 8 du décret n° 90 – 319 du 5 avril 1990 et l'article 22 de la loi 90 – 579 du 4 juillet 1990 imposent aux établissements de consacrer à la formation continue un taux de 2,1 % minimum des salaires inscrits au budget de l'établissement. Il inclut la prise en charge du coût pédagogique, la rémunération des stagiaires, les déplacements et l'hébergement.

L'élaboration d'un plan de formation suppose au préalable un large recueil des besoins individuels ou d'équipe. Le plan de formation a pour objet de concilier les besoins et

⁵¹ HERIAUD Alain, La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité, Revue Hospitalière de France, N° 6, Nov. Déc. 99, pp. 57 – 58.

les choix stratégiques de l'institution avec les besoins et les attentes individuelles selon des procédures consultatives. C'est un outil de mise en œuvre du projet d'établissement.

Ce plan doit tenir compte à la fois des besoins de perfectionnement, d'évolution et des nécessités de promotion interne. Aussi est-il souvent présenté sous plusieurs thèmes :

- Études promotionnelles,
- Préparations aux concours,
- Actions d'adaptation à l'emploi ou de développement des compétences,⁵²
- Actions de conversion.

De surcroît, les ordonnances du 24/4/96 ont accentué la dimension institutionnelle des établissements de santé. L'accréditation et la démarche qualité sont sources de changements culturels et d'harmonisation générale et la formation, outil d'appropriation de ces changements. Par ailleurs, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité incite les établissements hospitaliers à retenir un certain nombre d'axes prioritaires de formation⁵³.

Cependant, depuis 1996, l'effort de formation des établissements de la fonction publique hospitalière s'est affaibli. De même, le développement de la promotion interne a connu un net ralentissement ces dernières années. On peut expliquer ce fait par des contraintes budgétaires et statutaires de plus en plus fortes et un marché de l'emploi figé.

Le statut des ASHQ et AS⁵⁴ préconise aux établissements d'atteindre le ratio de 3 AS pour une ASH. Le rapport AS/ASHQ constaté dans l'enquête H80/SAE⁵⁵ progresse lentement, en liaison avec la politique de promotion interne des établissements, de 1,56 en 1989 à 2,11 en 1997. Cependant, il existe des disparités entre les régions et selon le type d'établissement. Le ratio est le plus faible dans les CHS et hôpitaux locaux (respectivement 0,98 et 1,25 contre 2,66 dans les CHR)⁵⁶. Dans les hôpitaux locaux, ce ratio a augmenté plus vite qu'ailleurs de 1,12 en 1994 à 1,25 en 1997. Danielle Wohlgemuth se pose d'ailleurs la question d'un seuil minimum d'ASHQ nécessaire dans ce type d'établissement.

⁵² La compétence étant un savoir agir validé, une capacité à mobiliser des ressources pour accomplir avec succès une tâche ou une mission précise.

⁵³ Circulaire DH/FH n° 2000/340 du 11 juillet 2000 relative aux orientations et axes prioritaires de formation, à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé.

⁵⁴ Agent des services hospitaliers / Aide-soignant

⁵⁵ Enquête rendue chaque année par les établissements hospitaliers au Ministère de la santé.

⁵⁶ WOHLGEMUTH Danielle, La formation continue des agents de la FPH. Données essentielles pour la période de 1990-1997, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des hôpitaux, Mars 2000, 21 pages.

En ce qui concerne les études promotionnelles, l'association nationale de formation hospitalière (ANFH) n'en couvre les dépenses que de façon exceptionnelle sur le 1 % minimal mutualisé, en participant seulement à la prise en charge des rémunérations des agents qui remplacent l'agent en formation.

« En trois ans, de 1993 à 1996, le nombre d'annuités d'études professionnelles a chuté d'un tiers. Les dépenses concernant les examens et concours passent de 0,38 % à 0,25 % du montant des rémunérations au cours de la même période »⁵⁷

Si les hôpitaux, de façon générale, ont des difficultés à développer la promotion interne, ceci se révèle plus crucial encore dans les hôpitaux locaux ou maisons de retraite, où le poids de la promotion professionnelle pèse fortement sur le budget formation.

Aujourd'hui, seule une aide de l'État peut favoriser cette promotion au sein des établissements. Cependant, les crédits du protocole Aubry du 4 mars 2000 sont réservés aux petits établissements en fonction de critères de nombre de lits et d'agents. L'hôpital de St-B. n'entre pas dans le cadre des critères d'attribution des crédits alloués par l'ARH⁵⁸.

3.2.1.2 Propositions (fiche action n° 1)

Compte-tenu des éléments qui ressortent du diagnostic, il est nécessaire, au préalable, d'établir un recueil des besoins dans les services, favorisant l'accès à la formation de tout le personnel (besoins individuels).

Par ailleurs, il est indispensable, tout en maintenant les formations indispensables (sécurité-incendie, conditions de travail : manutention, sophrologie, soutien psychologique), d'intégrer les études promotionnelles dans le plan de formation, dans l'optique d'une gestion prévisionnelle, permettant l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement et la valorisation des acquis professionnels.

D'autre part, le recrutement, le renouvellement des cadres et du personnel, mais aussi la définition d'emplois nouveaux conduisent à organiser des processus de formations adaptées. (cf. GPEC)

Afin d'atteindre pleinement ces objectifs, le directeur doit mettre en place une organisation, à savoir :

⇒ Nommer un responsable chargé de recueillir ces besoins, d'évaluer le coût total et d'établir un bilan des formations suivies,

⁵⁷ WOHLGEMUTH Danielle, Op. Cit.

⁵⁸ Agence régionale d'hospitalisation.

⇒ Cela implique, sur le plan administratif, la réalisation :

- d'un document unique de recueil des besoins,
- d'un document unique d'évaluation des formations,
- d'un bilan annuel indiquant le nombre de formations effectuées, y compris celles qui

n'entraînent aucun coût pour l'établissement, le nombre de personnes formées par grade et par service, le coût total engagé par l'établissement. Le responsable du service du personnel peut assurer ce travail.

3.2.1.3 L'évaluation pour valoriser les acquis professionnels

Cette valorisation passe nécessairement par l'évaluation du personnel. A ce jour, cette évaluation concerne essentiellement les services de soins. Elle consiste, à partir d'un questionnaire, à faire le point avec le cadre sur l'activité de l'année et à fixer des objectifs à atteindre, traduits dans un document écrit. L'appréciation doit reposer sur des actes professionnels concrets.

L'entretien d'évaluation a plusieurs objectifs :

- Forcer le dialogue entre niveaux hiérarchiques ;
- Accompagner la carrière des agents (affectation, formation, promotion...).

Le but est donc d'étendre l'évaluation du personnel sans exclusive, de favoriser le sentiment de reconnaissance quel que soit le grade, et de tenir compte des intérêts individuels des agents. C'est, d'une certaine manière, personnaliser la gestion des ressources humaines (fiche action n°8).

L'intérêt du travail, la richesse des relations entre collègues et avec les malades, la notion de service public et la reconnaissance constituent des valeurs fortes de motivation au travail. Cela ressort de l'enquête de satisfaction. A ce titre là le directeur peut rencontrer les agents une fois par an pour formaliser cette reconnaissance et valoriser le travail accompli.

3.2.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

3.2.2.1 Contexte

Dans la circulaire du 23/2/89 sur le renouveau du service public, la GPEC est présentée « *comme l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des*

qualifications, et des politiques de gestion du personnel »⁵⁹, l'enjeu global étant la maîtrise du changement.

Plusieurs préalables ont été posés dans le cadre du projet social :

- Il doit exister une cohérence indispensable entre la GPEC, le projet d'établissement et la GRH. En effet, sans stratégie claire (projet médical, projet d'établissement, Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ...), identifier les besoins en effectifs et compétences de l'établissement relève de l'impossible.
- Tous les outils de la GPEC ne sont pas forcément nécessaires. Notamment dans un petit établissement tel que l'hôpital local, ce choix dépend des objectifs poursuivis et du contexte de l'établissement. Ces outils doivent être simples et opérationnels (informations disponibles, outils informatique, procédures GRH...).

La GPEC consiste donc à introduire une dimension prospective dans la GRH⁶⁰, au regard des métiers sensibles et choisir entre différentes possibilités. Par exemple, lors d'un départ à la retraite, c'est choisir de recruter ou non ou de former du personnel.

La GPEC a pour finalité de déterminer les mouvements d'effectifs et de compétences à l'horizon de 3 à 5 ans à venir afin de répondre aux besoins futurs de l'établissement.

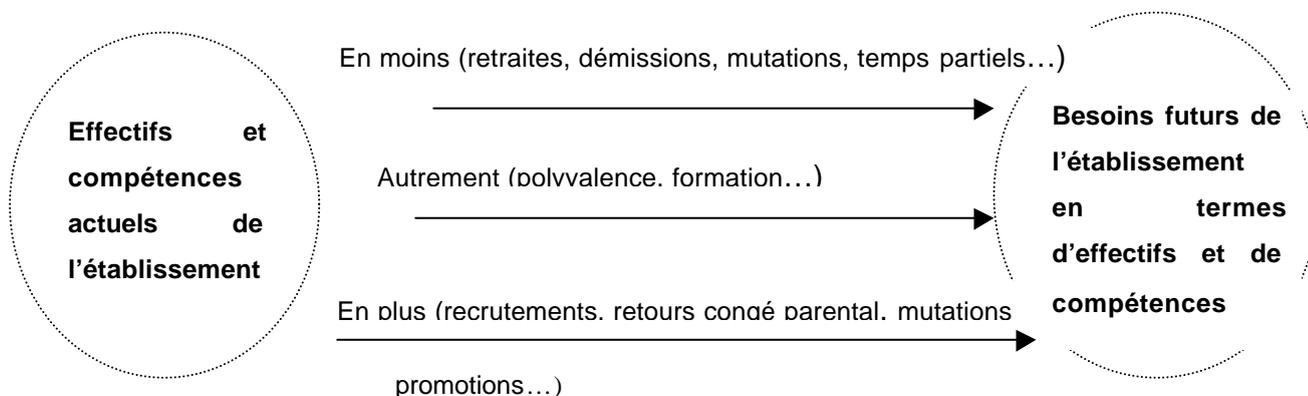


Figure n° 1 : Déterminer les mouvements d'effectifs et de compétences à organiser. Guide de GPEC. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Direction des Hôpitaux. (document non daté).

⁵⁹ LECARDEZ Marc, cité dans La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les prémices d'une expérience au CHU de Nice., Mémoire ENSP de directeur d'hôpital, Décembre 1999, 88 pages.

⁶⁰ Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction des hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, document non daté.

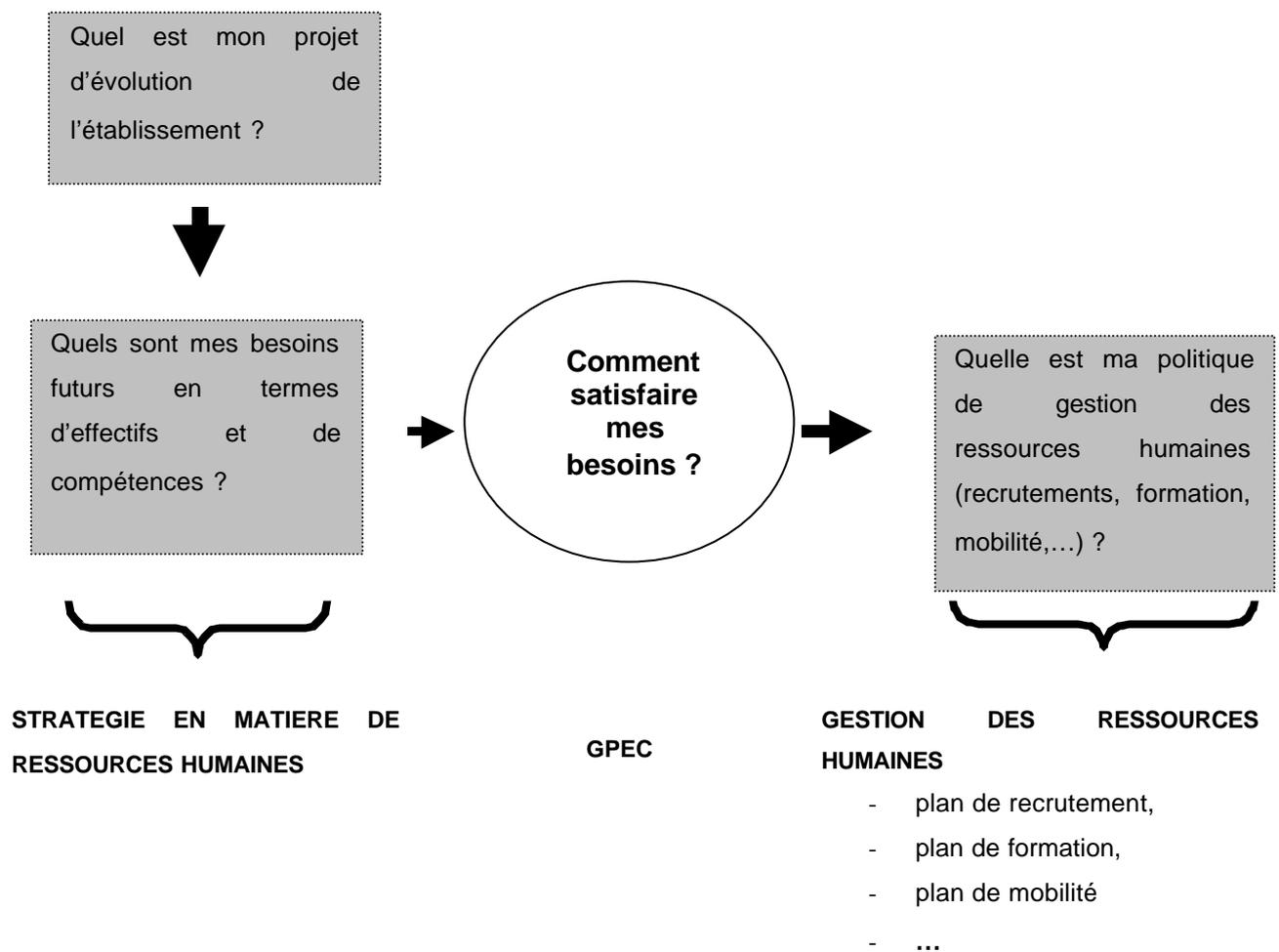


Figure n° 2 : Cohérence entre stratégie et GRH. Guide de GPEC. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Direction des Hôpitaux.

3.2.2.2 Propositions (fiches actions n°2 et 3)

Concrètement, à l'hôpital St-B., cette GPEC se traduit par quatre actions principales :

- ⇒ Une gestion prévisionnelle tenant compte des aspects réglementaires ;
- ⇒ Une gestion prévisionnelle tenant compte du facteur démographique ;
- ⇒ Une gestion prévisionnelle tenant compte de l'état du marché de l'emploi ;
- ⇒ Une action plus générale : l'élaboration du bilan social.

3.2.2.2.1 *Gestion prévisionnelle tenant compte des aspects réglementaires*

Répondre aux exigences réglementaires de la réforme des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), dans un souci d'amélioration continue de la qualité⁶¹, se traduit par :

- ⇒ le développement de l'animation et la mise en valeur du patrimoine en relation avec le projet de vie : recrutement d'un emploi jeune,
- ⇒ le recrutement d'un médecin gériatre à temps partiel qui pourrait jouer le rôle de médecin coordonnateur,
- ⇒ la valorisation du soin dans le secteur médico-social en affectant une IDE à temps partiel dans ce service, permettant au cadre infirmier de remplir pleinement sa fonction et de satisfaire à une demande du personnel.

3.2.2.2.2 *Gestion prévisionnelle tenant compte du facteur démographique*

La formation s'inscrit ici dans une vision prospective. Les départs à la retraite entraînent une perte de savoir faire et d'expérience. Il convient donc d'anticiper les départs en retraite sur tous les secteurs d'activité concernés :

- Départ d'un cadre soignant : projet en cours de réalisation. La surveillante qui doit partir dans le courant de l'année 2002 forme l'infirmière qui a été choisie.
 - Départ d'aides-soignantes : le directeur doit favoriser la promotion interne.
- Aujourd'hui, la prise en charge de la personne âgée a évolué. Autrefois, elle était essentiellement tournée vers le nursing. Pourquoi ne pas introduire un nouveau métier tel qu'aide médico-psychologique (AMP), ou auxiliaire de vie ? Le corps des AMP a une fibre plus éducative que soignante, ce qui explique son évolution dans les établissements médico-sociaux. Par ailleurs, on peut souligner d'autres atouts :
- ❖ l'entrée en formation est plus facile d'accès (sur entretien),
 - ❖ la formation se déroule sur deux ans à raison d'une semaine de formation théorique par mois, le stage pratique se déroulant dans l'établissement,
 - ❖ le coût, d'environ 24 000 FF, peut être réparti sur deux années budgétaires.
 - ❖ Ces formations permettraient de répondre, de plus, au projet d'établissement, en prévision d'ouverture de CANTOUS en maison de retraite.
- Départ du cadre technique : il faudra prévoir de passer le relais à un agent du service technique.

⁶¹ Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75 – (« (du 30/6/75, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

En fonction de ces changements, le directeur doit donc veiller à **adapter le plan de formation** (acquisition de compétences, promotion professionnelle), procéder à une redéfinition des emplois et des compétences, intégrer des métiers nouveaux.

3.2.2.2.3 Gestion prévisionnelle tenant compte de l'état du marché de l'emploi

La diminution du nombre des infirmiers sur le marché du travail a des conséquences sur le recrutement de cette catégorie professionnelle, et ce, d'autant plus en milieu rural. Ainsi, impose-t-elle à l'établissement d'adopter une stratégie particulière :

- anticiper les recrutements,
- favoriser leur intégration plus rapide (titularisation).

La baisse du chômage – si elle se consolidait - pourrait à terme faire disparaître les catégories de personnel CES et CEC⁶². C'est pourquoi, la réduction des emplois aidés étant fortement souhaitée par l'établissement, il conviendrait de réduire ce type de recrutement, en raison des points négatifs soulignés lors de l'enquête de satisfaction. Par contre, parallèlement, il convient de parvenir à une gestion plus claire des remplacements :

- ⇒ en priorisant les remplacements par des contractuels anciens dans l'établissement,
- ⇒ en créant un pool de remplaçants (partage du travail privilégiant le temps partiel),
- ⇒ en améliorant les conditions de travail des contractuels et en les intégrant progressivement lors de chaque départ en retraite.

L'objectif est, à terme, de ne plus fonctionner avec des employés CES – CEC moins formés.

Si le rôle du directeur est de **définir la politique de recrutement** et de gestion du personnel, il lui appartient d'en **déléguer ensuite** la gestion concrète au responsable du personnel et aux cadres de l'établissement. Il est ainsi demandé aux cadres soignants, dans le cadre de la mise en place des 35 heures, de réaliser des scénarios intégrant à la fois la réduction du temps de travail et la diminution des emplois aidés.

3.2.2.2.4 Action générale : l'élaboration du bilan social

Afin de mettre en place cette gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, il importe de moderniser la fonction GRH, en enrichissant les tâches administratives courantes

⁶² Contrat emploi solidarité et contrat emploi consolidé

d'une fonction d'analyse, de contrôle et de suivi qui peut aider l'établissement dans ses stratégies. L'élaboration d'un bilan social annuel (fiche action n° 6) devrait servir de référent à la démarche.

Le premier texte relatif au bilan social date de 1977 et concerne les entreprises. Il est ensuite réglementé dans les établissements publics de santé par décret du 7/10/88, puis, deux circulaires des 1/2/90 et 21/3/91 en rappellent les objectifs et le contenu :

- ⇒ Il récapitule dans un document unique les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social,
- ⇒ Il enregistre les réalisations effectuées,
- ⇒ Il mesure les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes.

Il est souvent composé de 7 rubriques : l'emploi, les rémunérations et les charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, les conditions de travail, la formation, les relations de travail, les autres conditions de vie relevant de l'établissement.

L'effectif du personnel n'imposait pas à l'hôpital local de faire un bilan social (moins de 300 agents). Cependant, dans le projet, il a été une aide à la décision, en donnant une meilleure connaissance de la situation sociale de l'établissement (comme nous l'avons vu en deuxième partie) et en favorisant le dialogue social. S'il est renouvelé chaque année, il donnera des éléments de comparaison.

Si le responsable du service du personnel tient à jour les indicateurs et élabore le bilan social, il appartient au directeur **d'analyser et de suivre les évolutions** de son établissement en matière de ressources humaines. Le bilan social permet d'une certaine manière d'être à l'écoute de l'établissement sur le plan des conditions de travail par la visualisation d'indicateurs particuliers : absentéisme, turn-over, réunions des instances... Améliorer les conditions de travail, c'est à terme faire évoluer ces indicateurs dans un sens positif. Il est aussi une aide en matière de gestion prévisionnelle.

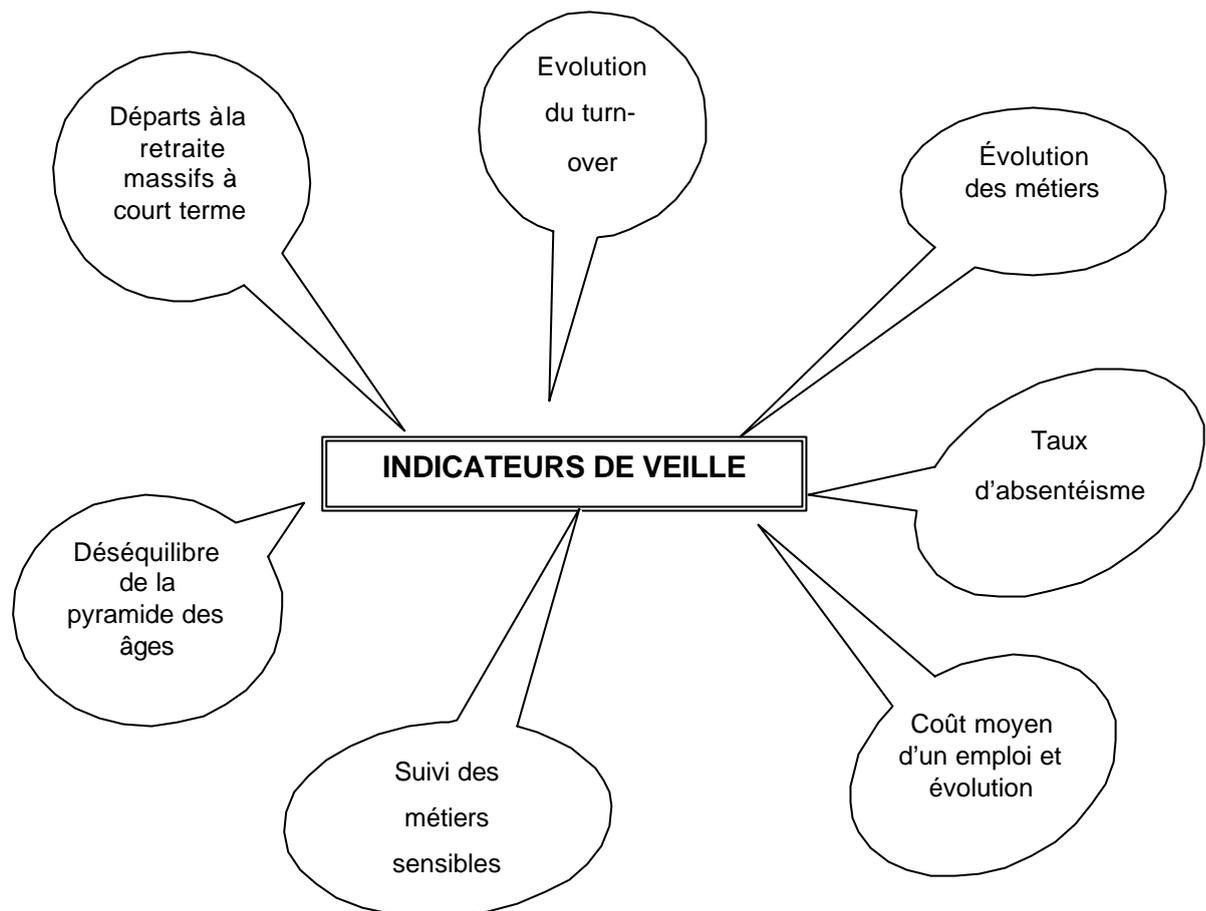


Figure n° 3 : Indicateurs de veille. Guide de GPEC. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Direction des Hôpitaux.

Cependant, le bilan social n'est qu'une photographie de l'établissement à un moment donné et ne fait apparaître que des données moyennes très générales. Il doit être affiné par des recherches diverses et plus qualitatives. Ainsi, à l'hôpital St-B., le taux d'absentéisme relativement important a demandé une étude plus poussée et détaillée par service et par grade. On constate que celui-ci est essentiellement dû à deux congés de longue maladie. Par ailleurs, le bilan social, tel que prévu par les textes, est limité quant à son contenu. Il devrait être prochainement enrichi et simplifié.

Globalement, pour une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le directeur doit avoir cette vision prospective des futurs recrutements. En conséquence, il doit mettre en place une organisation au service du personnel, qui lui permette cette anticipation : bilan social, politique de promotion, profil de fonction...

3.2.3 L'organisation et l'amélioration des conditions de travail

3.2.3.1 La réduction du temps de travail (fiche action n°4)

La mise en œuvre de l'organisation, aménagement et réduction du temps de travail (OARTT) en milieu hospitalier ne va pas se passer sans difficultés. Les modalités juridiques de mise en œuvre ne sont toujours pas connues. Par contre, une circulaire d'avril 2001 demande aux établissements de faire un état des lieux de leur organisation actuelle et d'envisager des scénarios, dans le cadre des négociations entre le Ministère et les organisations syndicales.

Aussi, dans le projet social de l'établissement, un seul point est proposé. Il concerne la prise en compte, lors des négociations futures, de points soulevés dans l'enquête de satisfaction, en l'occurrence l'harmonisation des horaires en maison de retraite et l'instauration de réunions de service, là où il n'en existe pas.

Dans ce dossier, le rôle du directeur est primordial. Il s'agit **d'organiser le temps de travail** dans le but d'une meilleure harmonisation entre vie au travail et vie hors travail pour le personnel, tout en assurant la continuité et la qualité du service rendu aux personnes âgées et une utilisation optimale des moyens disponibles.

Il s'agit aussi **d'organiser une articulation entre deux types d'intervenants** : les **acteurs institutionnels** (direction et syndicats) dans le cadre de la concertation et négociation et les **acteurs de terrain** (encadrement et agents) dans le cadre du recueil de leur point de vue.

L'objectif est de parvenir à un consensus qui concilie le mieux possible les intérêts de la structure et les intérêts individuels.

3.2.3.2 L'amélioration des conditions de travail

Préconisé par le protocole AUBRY de mars 2000, le contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) a été le premier élément du projet social à l'hôpital St-B., compte-tenu des délais qui étaient requis pour faire la demande de subvention. Pour cette raison, il a été un peu déconnecté du contexte du projet social. Cependant, la négociation du projet a été l'occasion de faire le point sur les actions mises en place et celles qui restaient à conduire.

3.2.3.2.1 *Au niveau du personnel*

L'estimation de la charge de travail devrait favoriser la mise en place des 35 heures : un audit sur la charge de travail pour une évaluation globale de l'établissement est prévu par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, sur quelques hôpitaux locaux de la région dont l'hôpital local de St-B.

Le fonctionnement du CHSCT doit être valorisé : lieu de règlement des problèmes techniques qui se posent dans l'établissement, il doit être aussi le garant de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

Dans le cadre d'un nouveau CLACT, former les membres du CHSCT à l'évaluation des conditions de travail permettrait de les impliquer davantage au bilan des actions réalisées et d'assurer ainsi un meilleur suivi des contrats annuels mis en place.

Par ailleurs, il importe de maintenir le niveau de formation préventive des agents en matière de conditions de travail et d'améliorer l'accueil des contractuels en tenant compte des difficultés que ces agents rencontrent.

3.2.3.2.2 *Au niveau des locaux*

Améliorer les conditions de travail, c'est aussi s'intéresser aux dysfonctionnements liés aux conditions physiques du travail : l'environnement et les matériels doivent être adaptés à la prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes.

Pour cela, l'établissement doit agencer ses locaux et s'équiper en matériel adapté (pour l'essentiel des lits médicalisés) dans les services qui le nécessitent. Ces actions sont reprises dans le projet d'établissement, au niveau du projet directeur.

En résumé, en matière de conditions de travail, le directeur doit être **à l'écoute du personnel**. A ce niveau là il est confronté au dilemme de l'ampleur des exigences et du caractère limité des moyens. Il convient donc de **prioriser** les demandes et de planifier dans le temps les acquisitions pour répondre de manière opportune aux difficultés rencontrées.

3.2.3.3 **L'accueil des nouveaux agents**

L'amélioration des conditions de travail dépend aussi de l'accueil des nouveaux arrivants dans l'établissement. En effet, la période d'intégration et d'adaptation au poste de travail est essentielle. Elle contribue à la motivation et à l'efficacité des agents. Une procédure d'accueil devrait permettre de remplir ces objectifs. (fiche action n° 5)

Cet accueil se traduit par les dispositions suivantes :

- ⇒ une visite de l'établissement avec le cadre du service,
- ⇒ la remise du livret d'accueil. Il vient d'être réalisé et est opérationnel au 15 juin 2001,
- ⇒ une information sur la définition de fonction,
- ⇒ une réunion d'information, notamment pour les remplacements d'été, sur l'hygiène et la sécurité,
- ⇒ le parrainage par un salarié du service.

Le directeur **détermine avec l'encadrement la stratégie à mettre en place**. Par délégation, ce sont les cadres et le personnel du service qui assurent l'accueil des nouveaux agents.

3.2.3.4 La mobilité

La mobilité du personnel à l'hôpital de St-B. est essentiellement interne, par affectation à un autre service. Mise en place en janvier 1998, suite à l'audit réalisé en 1996, l'objectif était de mieux communiquer et décroïsonner les services. Elle a permis de redynamiser, de transmettre un savoir-faire, une qualité de service, une amélioration des conditions de travail, et de remettre en cause des habitudes de travail. La mobilité fait appel à un état d'esprit et à une volonté de changement. Actuellement, la mobilité, peu souhaitée par le personnel, est imposée par l'encadrement. Cependant, les agents ayant changé de service reconnaissent, a posteriori, les bénéfices de cette mobilité : elle a favorisé les relations, évité ainsi les comparaisons négatives entre les services, éloigné de la routine, ouvert de nouvelles perspectives professionnelles.

L'établissement a donc tout intérêt à maintenir la mobilité inter services :

- Tous les deux ans pour les IDE,
- Tous les ans pour les AS et ASH.

3.2.4 La communication interne

A l'hôpital local, la communication interne, organisée pour faciliter la circulation d'informations, est **ascendante** (participation du directeur aux fins de relève, des cadres infirmiers aux relèves, réunions de service...) et **descendante** (réunion de direction...). Si la communication est bonne pour 95 % des agents à l'intérieur d'un service et si la polyvalence a favorisé les relations, les services demeurent cloisonnés. Par ailleurs, 64 % du personnel

soulignent le peu de communication des médecins avec l'équipe soignante, voire aucune considération à son égard.

Il est donc nécessaire d'associer le personnel aux différents projets qui le concernent pour favoriser la participation transversale des agents (changement de matériel, projet architectural, projet d'organisation...), de l'informer régulièrement de l'avancée des projets (fiche action n° 7).

De plus, il serait opportun de nommer un médecin référent (médecin coordinateur) qui pourrait être l'interlocuteur de l'équipe soignante et de faire participer les médecins aux relèves.

En outre, les instances participatives sont un outil de dialogue social de qualité et l'enjeu d'un meilleur fonctionnement de l'hôpital. Il est donc important de maintenir ce dialogue social existant.

Pour avoir un réel impact, le directeur doit **structurer le champ de la communication.**

Actions possibles :

- Mettre en place un groupe de travail sur la communication transversale à tous les secteurs de l'établissement,
- Trouver un système qui permette un suivi et l'aboutissement des demandes des services,
- Nommer un responsable communication,
- Informer régulièrement : cibler les informations, les supports de l'information (réunions, affichage, notes jointes aux fiches de paie...).

3.2.5 Un projet social spécifique blanchisserie (fiche action n°9)

Les dysfonctionnements soulevés par l'audit en blanchisserie ont impliqué la mise en place d'actions spécifiques, sachant que certaines sont intégrées dans les actions citées ci-dessus (annexe N° 4). Lieu moins valorisant, les tâches s'y exécutent dans des conditions proches de celles de l'industrie : organisation rigide, solidarité des membres qui repose plus sur des affinités personnelles. Le travail paraît moins motivant car il n'a pas d'impact direct sur la satisfaction des personnes âgées. Cependant, les agents concernés disent tous apprécier le travail en blanchisserie. Le problème réside davantage dans les conditions et les relations de travail.

Voici les propositions de solutions émanant du groupe de travail spécifique à la blanchisserie :

- ⇒ amélioration des conditions de travail par l'achat de matériel adapté et intervention du médecin du travail pour propositions d'actions concrètes ;
- ⇒ formation des agents et remplaçants en recensant annuellement leurs besoins, dans le dessein d'améliorer l'hygiène, d'optimiser les compétences, d'organiser différemment le travail. Une formation action a été effectuée du 11 au 15 juin par l'organisme CTTN : « Adaptation des postes de travail en blanchisserie » ;
- ⇒ valorisation du service en nommant un cadre interne au service. Auparavant, cela requiert de définir la fonction et un référent au niveau de la direction pour soutenir le cadre et expliciter les missions du service.

L'organisation du service devra être modifiée afin de promouvoir une polyvalence effective, orienter les recrutements futurs par l'embauche d'ouvriers professionnels qualifiés (GPEC), à terme, arriver à un grade de buandier unique dans la structure pour éviter les cloisonnements actuels, organiser le travail de façon équitable.

La communication devra être structurée : réunions de service, participation du service à une commission hôtelière, information des agents, évaluation, consultation des agents lors de projets les concernant (projet architectural entre autres),

A moyen terme, recruter une lingère à mi-temps spécifique au service.

Dans l'évolution de ce service, le rôle du directeur apparaît fondamental : toutes les actions proposées et mises en place ne pourront, en effet, avoir de portée réelle sans un **accompagnement au changement**. Le directeur est le **garant du projet**. Il **délègue** au cadre l'organisation du service, mais doit assurer le **suivi et l'évaluation** des actions.

3.3 LA NEGOCIATION ET LE SUIVI DU PROJET SOCIAL

Le directeur s'apparente à un entrepreneur de projet. En ce sens, il lui appartient d'élaborer des scénarios et de faire des propositions. Le projet social a été présenté au groupe de pilotage élargi. Chaque thème a fait l'objet d'un point reprenant les éléments du diagnostic nécessaires à l'analyse et à la proposition d'actions.

3.3.1 Le dialogue social

Un établissement ne peut fonctionner sans dialogue social et la négociation est souvent décisive dans la réussite d'un processus de changement. Les instances participatives sont un outil de dialogue social de qualité et enjeu d'un meilleur fonctionnement de l'hôpital. Aussi, importe-t-il que le dialogue social confère du sens à sa politique :

A cette fin, *« il nécessite la mise en place d'un code de bonne conduite entre les acteurs qui doivent se professionnaliser davantage, en vue de régler plus efficacement les problèmes qui se posent à eux »*⁶³.

Si la réorganisation du travail apparaît comme le moyen logique qui permet l'adaptation des établissements à leur environnement, les acteurs sociaux divergent souvent quant à la nature des solutions à apporter, face au changement. L'intérêt de l'établissement commande d'engager un dialogue ouvert, une sensibilisation au plus tôt des syndicats afin que la négociation soit la plus transparente et la plus productive, sur une base de confiance et de respect mutuels.

Cette stratégie de coopération qui constitue une alternative à la négociation traditionnelle⁶⁴ implique *"l'utilisation de tactiques de type "gagnant-gagnant", appliquées à la résolution de problèmes sur la base des intérêts respectifs des parties."*

C'est cette stratégie qui a été adoptée à l'hôpital de St-B. en introduisant très tôt les acteurs sociaux dans les groupes de travail. On peut, d'ailleurs, remarquer une motivation très importante de ces personnels.

3.3.2 Le suivi et l'évaluation du projet social

Des actions concrètes – consignées dans les fiches actions de l'annexe 8 - découlent du projet social à la suite de deux réunions de négociation. Ces fiches actions traduisent concrètement, à partir d'objectifs attendus, les initiatives à prendre, les moyens concrets requis à court, moyen et long termes, le délai de réalisation et les personnes responsables du projet.

⁶³ VENTURA C.D., Les instances participatives : outil d'un dialogue social de qualité et enjeu d'un meilleur fonctionnement de l'hôpital, Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, n° 15, novembre 1998, Direction des hôpitaux, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

⁶⁴ THUDEROZ C., GIRAUD-HERAUD A., BOIVIN J., La négociation basée sur les intérêts et les stratégies de changement dans les rapports sociaux de l'établissement, La négociation sociale, Paris CNRS Édition, février 2000, 282 pages.

Il n'a pas été envisagé, à ce stade là une évaluation globale du projet. La dernière phase du projet d'établissement prévoira cette évaluation ainsi que le suivi de tous les projets. Un processus de suivi, régulation, évaluation du plan d'action est indispensable en vue d'en faciliter la réalisation. C'est la phase finale de la gestion de projet. Il appartient au directeur de créer les conditions de ce suivi et de cette évaluation par :

- ⇒ la mise en place d'indicateurs propices à évaluer la réalisation et la réussite du projet,
- ⇒ l'analyse des événements au fur et à mesure,
- ⇒ une phase d'évaluation finale pour contrôler l'atteinte des objectifs et l'impact global de l'intervention.

Inclus dans le projet d'établissement, après sa validation par les différentes instances (comité technique paritaire, commission médicale d'établissement, conseil d'administration), le projet social sera ensuite négocié avec la tutelle dans le cadre de la signature du contrat d'objectifs et de moyens.

3.4 LE COUT DU PROJET SOCIAL

Manager un projet a d'évidence un impact sur la gestion financière de l'établissement, les charges de personnel représentant 66 % du budget total. Cet aspect économique peut revêtir plusieurs formes :

⇒ Le coût de la préparation du projet

Pour élaborer le projet, les réunions ont été nombreuses et ont impliqué plusieurs personnes. Ces heures de réunions ont été soit prises sur le temps de travail, soit récupérées par le personnel, soit payées. Sachant qu'on estime le coût moyen horaire/agent à l'hôpital de St-B. à 90 FF, cela représente pour l'établissement un investissement de 26550 FF comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau n° 8 : Coût des réunions afférentes au projet social

Réunions	Nombre réunions	Moyenne h/réunion	Nombre personnes	Coût horaire en FF	Coût total en FF
Accréditation	7	2	42	90	7560
CLACT	2	2.5	14	90	3150
Diagnostic	5	2.5	38	90	8550
Projet social	3	3	27	90	7290
Total	17	/	121	90	26550

⇒ **Le coût des différentes actions prévues dans le projet,**

Plusieurs actions sont d'ores et déjà inscrites dans le rapport d'orientation budgétaire 2002 : la création d'un poste d'animateur emploi-jeune (128 088 FF), la création d'un poste de gériatre (342 572 FF), la formation d'aide médico-psychologique pour une personne : 24 000 FF répartis sur deux années budgétaires,

En ce qui concerne la réduction du temps de travail, dans l'hypothèse optimiste où les moyens des établissements seraient de 10 %, l'établissement a prévu dans le rapport d'orientation, un budget supplémentaire de 1 759 940 F qui correspond à l'embauche de 7 agents.

Tableau n° 9 : coût des différentes actions prévues

ACTIONS	COUT en FF
Création d'un poste d'animateur emploi-jeune	128 088
Création d'un poste de gériatre	342 572
Formation d'AMP pour une personne	24 000
Réduction du temps de travail (hypothèse optimiste)	1 759 940

⇒ **des moyens de financement** pour conduire certaines actions.

Certains projets peuvent obtenir des financements de la part de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans le cadre du protocole AUBRY. Tel a été le cas du contrat local d'amélioration des conditions de travail pour lequel l'établissement a obtenu un crédit de 182 000 FF.

⇒ **Les économies possibles.**

D'autres actions ne génèrent pas de coût particulier mais appellent plutôt une organisation différente et l'amélioration de procédures. Ces actions jouent aussi un rôle en termes financiers. En effet, on peut penser que l'amélioration des conditions de travail, de manière générale, aura des répercussions sur l'absentéisme par exemple (cf. coût d'absentéisme du service blanchisserie, annexe 7).

Globalement, **la prise en considération des dysfonctionnements et leurs résolutions** a de grandes chances de réduire les coûts cachés de l'établissement.

3.5 ANALYSE CRITIQUE DU PROJET ET DE SON PROCESSUS D'ELABORATION

Plusieurs points méritent d'être soulignés :

3.5.1 Manque d'une réunion d'initialisation

Dans l'élaboration du projet social, il a manqué un temps qui a sans doute déclenché les difficultés citées ci-dessous : une réunion d'initialisation, préparant l'annonce du projet d'établissement et du projet social, en aurait facilité l'appropriation par l'ensemble du personnel. Cette réunion n'a eu lieu qu'ultérieurement, lors de la présentation du diagnostic.

Ces difficultés sont de plusieurs ordres :

- ⇒ Des réponses au questionnaire peu importantes (33 % de réponses) ;
- ⇒ Une certaine méfiance de la part de quelques agents ;
- ⇒ L'absence des médecins dans ce projet ;
- ⇒ L'obligation de rencontrer individuellement les agents afin d'expliquer et solliciter leur participation.

3.5.2 Place du directeur stagiaire dans le diagnostic

Dans l'élaboration de ce projet, j'ai tenu plusieurs rôles, celui de manager et celui de consultant. Sur ce dernier point, j'ai conscience que ma position de stagiaire a facilité les choses à l'établissement, même si ce rôle de consultant n'est pas des plus facile. De la sorte, j'ai pu faire une observation beaucoup plus fine et proposer des solutions reposant sur une bonne connaissance du terrain.

Par contre, j'ai pu observer deux difficultés qui me confortent dans l'idée qu'il est préférable de faire intervenir un consultant externe dans le diagnostic pour éviter certains biais :

- ⇒ Lorsque le questionnaire de satisfaction a été validé auprès du groupe de travail (GRH accréditation), la première partie concernant les données générales (statut, âge, catégorie professionnelle...) a dû être modifiée. Le personnel ne souhaitait pas qu'on puisse les reconnaître. L'argument selon lequel le directeur-stagiaire, devant analyser les résultats, était nouveau dans l'établissement, n'a pas été retenu. Pour le directeur actuel, cette réserve tient à une certaine culture. Il n'y a pas si longtemps, l'établissement était dirigé par une congrégation religieuse et la participation du personnel n'était pas admise.

Par ailleurs, en milieu rural, le personnel paraît plus méfiant et émet une certaine réserve à tout ce qui peut le toucher directement..

⇒ Les réponses au questionnaire, relativement peu importantes, me donnent à penser que ma position auprès de la direction a sans doute fait naître des réticences. Car j'ai pu comprendre, au fil des réunions, pourquoi les agents ne souhaitaient pas répondre. Il faut préciser que le diagnostic antérieur en 1996, les avait mis sur la défensive. Après avoir beaucoup participé (entretiens, réunions...), les résultats concrets n'ont pas été perçus par le personnel. Il semble donc impératif de valoriser les actions, de les évaluer et surtout de les communiquer pour éviter déceptions et démotivation.

3.5.3 Le diagnostic socio-économique

Il manque au diagnostic, réalisé en service blanchisserie, une analyse plus poussée sur les coûts cachés. Notamment, il aurait été intéressant d'affiner l'étude sur le coût de l'absentéisme, d'évaluer les coûts cachés en matière d'utilisation des machines (surconsommation), d'estimer les « surtemps » passés à certaines activités, par exemple le temps passé à l'activité couture en lingerie. Cela aurait argumenté davantage les actions proposées. Le fait qu'il n'y ait pas d'encadrement direct dans ce service a constitué un frein à cette évaluation.

3.5.4 Le rôle des tutelles peut être un frein à la qualité du projet

On peut constater, à la lumière des circulaires récentes que les pouvoirs publics incitent fortement les établissements à réaliser des projets, dans le cadre d'une politique régionale. Cependant, j'ai pu mesurer la difficulté de faire aboutir ces projets, compte-tenu des délais impartis par la tutelle pour accomplir les formalités. Pourtant, le facteur temps constitue un élément important dans la construction de projet : travailler dans des délais trop courts est, pour moi, synonyme de non qualité. J'ai, néanmoins, conscience de la nécessité pour la tutelle d'imposer des échéances pour obtenir des résultats.

Ainsi, les conditions de travail ont été évaluées rapidement dans le cadre du CLACT, de la même manière que l'évaluation de l'organisation du travail et la proposition de scénarios dans la perspective de l'instauration des 35 heures.

De plus, la subvention allouée dans le cadre du CLACT a été intégrée dans le budget 2001 de l'établissement, alors que ce devait être l'occasion de moyens supplémentaires pour l'établissement.

3.5.5 Le projet : rôle de formation

Ce travail a joué un rôle dans ma formation personnelle comme dans celle des agents de l'établissement, et ce, sur plusieurs points : le projet d'établissement, le management de projet, l'intérêt du bilan social, les objectifs de la formation permanente, l'intérêt d'une gestion prévisionnelle...

Les agents ont des habitudes de travail et ressentent beaucoup de difficultés à se projeter dans le changement. La communication et le temps jouent un rôle important dans la diminution de cette résistance au changement.

3.5.6 La négociation

Le projet social n'a pas fait naître de difficultés particulières en termes de négociation. Les réunions ont été le lieu d'échanges constructifs et productifs. Il faut reconnaître que les actions mises en œuvre vont plutôt dans le sens d'une amélioration des conditions de travail. En revanche, les négociations du dossier des 35 heures seront moins faciles à mener, sauf si le dialogue interne de proximité continue de jouer. Les difficultés, compte-tenu des contraintes qui pèsent sur les établissements (continuité du service, besoins en effectifs variables selon les heures...), tiendront pour l'essentiel :

- ⇒ au niveau des moyens supplémentaires alloués ;
- ⇒ à une modification de l'organisation pour dégager du temps, sachant combien les services sont déjà saturés en termes de charge de travail dans les petits établissements ;
- ⇒ à maintenir des conditions de travail satisfaisantes ;
- ⇒ à répondre aux aspirations des agents quant à leur vie familiale et sociale... ;
- ⇒ tout en assurant un soin et une prise en charge de qualité.

3.5.7 Le manque d'adhésion du corps médical

Cela interroge énormément. Neuf médecins généralistes assurent la prise en charge des soins à l'hôpital de St-B. En général, ces médecins sont peu impliqués dans l'établissement, sauf à travers la Commission médicale d'établissement. Les éléments négatifs apparus lors de l'enquête de satisfaction sont donc loin d'être résolus. Depuis le 1^{er} janvier, un médecin gériatre assure des vacances correspondant à un mi-temps et nous avons pu noter une nette amélioration notamment par sa participation au conseil de

direction. La nomination d'un médecin coordonnateur pourra aplanir ces difficultés si celui-ci joue un rôle d'animateur des équipes de soins, mais aussi s'implique dans le projet d'établissement et au sein de l'équipe de direction.

En conclusion, le rôle du directeur est majeur et nécessite des compétences diverses dans le management du projet social. Après avoir déterminé les grandes orientations du projet d'établissement, il s'agit, pour lui, d'établir et d'animer les différentes étapes de sa construction, dont celle du projet social dans lequel il s'inscrit et d'en faire une œuvre collective. Il conserve, ainsi, la vision globale du projet institutionnel et sa maîtrise en respectant un calendrier. Il en conserve aussi la mémoire.

CONCLUSION GENERALE

Le projet social, à l'hôpital de St-B., s'affirme comme une traduction concrète de la politique des ressources humaines pour un temps donné. En abandonnant une conception par trop administrative de l'action, la construction du projet social permet d'adhérer à une conception d'un établissement responsable de ses décisions, capable de réagir par lui-même, face aux contraintes externes et internes.

Ce projet a visé à **repérer les enjeux majeurs** en matière de ressources humaines pour proposer des actions de changements multiples, sur l'ensemble de l'établissement.

Il n'est, certes pas, de portée aussi significative que dans un centre hospitalier universitaire, mais par les actions qu'il propose, adaptées à son environnement, il n'en demeure pas moins stratégique et en cohérence avec le projet d'établissement.

Il a été structuré et encadré par une **méthodologie précise** et constitue un **levier pour préparer l'avenir**, car il est à la fois :

- ⇒ Outil d'amélioration de l'organisation dans le sens d'une modernisation des outils permettant une gestion prospective, d'un perfectionnement des procédures favorisant la formation pour tous et une communication globale, d'une transformation de l'organisation structurelle, d'une progression générale notamment en service blanchisserie ;
- ⇒ Outil de communication en lui-même, interne et externe, sur les projets de l'établissement en faveur des ressources humaines ;
- ⇒ Outil de valorisation des ressources humaines.

Tout comme le projet médical, il se situe aujourd'hui au premier rang des politiques de l'établissement. En effet, on ne peut faire abstraction de la performance sociale car elle a un impact direct sur la performance économique mais aussi et principalement sur un accueil et des soins de qualité en faveur des personnes âgées.

En outre, ce projet social fait écho aux recommandations européennes. En effet, la stratégie adoptée à Lisbonne en mars 2000 a doté l'Union Européenne d'un nouvel objectif : *"...devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du*

*monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale.*⁶⁵

Cette stratégie se décline selon plusieurs axes dont, entre autres, la modernisation du modèle social européen en investissant dans les ressources humaines et en créant un état social actif, l'éducation et la formation tout au long de la vie, une politique de l'emploi active vers des emplois plus nombreux et de meilleure qualité. Dans ce sens, le dialogue social, lancé par Jacques Delors en 1986 et concrétisé en 1996, revêt d'autant plus de relief. Il constitue une des voies d'avenir de la construction de l'Europe sociale.

Cependant, le projet social est, par nature, éphémère. Le directeur, à l'écoute permanente des besoins et des conditions de fonctionnement de son établissement doit veiller avec constance à son évaluation et son évolution en tenant compte de l'environnement et des changements futurs.

⁶⁵ FOREST Marianne, Séminaire : Les enjeux européens dans le champ social et médico-social, ENSP, juillet 2001.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD J.O – BARSACQ G., La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Édition ESF, 1989, 130 pages.
- BEC. J., GRANIER F., SINGERY J., Le consultant et le changement dans la fonction publique, Paris, Collection l'Harmattan, 1993, 152 pages.
- BONIS Jean, Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux Français, Gestions hospitalières, février 1994, N° 333, P. 134 à 140.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le Système, Paris, Sociologie politique, Édition du Seuil, 1977, 437 pages.
- DE BROYE Frédérique, La fonction RH est en mouvement », Personnel, Octobre 2000, n° 413.
- DELORME, Directeur des affaires sanitaires et sociales, CRAM, questionnaire adapté page 71, extrait de : Le projet d'établissement : de l'expérience à la conceptualisation, Les cahiers de la CRAM Rhône-Alpes, N°1, 74 pages, octobre 1993.
- GADEL G., Données 1997, Informations hospitalières, Spécial 2000, n° 53.
- GALEMBERT P., La fonction RH est en mouvement, Personnel, Octobre 2000, n° 413.
- GAZIER Bernard, Les stratégies des ressources humaines », Conde sur l'Escaut, Repères, La découverte, Novembre 1993, 119 pages.
- HERIAUD Alain, La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité, Revue Hospitalière de France, N° 6, Nov. Déc. 99,
- LECARDEZ Marc, cité dans La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les prémices d'une expérience au CHU de Nice., Mémoire ENSP de directeur d'hôpital, Décembre 1999, 88 pages.
- LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, janvier 2000, 305 pages.
- LEGALL J.M., La GRH, Vendôme, Que sais-je, PUF, Décembre 1998, 127 pages.
- MARCH J.G et SIMON H.A, Les organisations. Problèmes psychosociologiques, Préface M. Crozier, Paris, Sciences humaines, Dunod, février 1965, 254 pages.
- MEIGNANT Alain, La fonction RH est en mouvement, Personnel, Octobre 2000, n° 413, pp. 12 – 52.
- RUANO-BORBALAN J.C., Comprendre les organisations : un siècle de réflexion sur les organisations, Sciences humaines, Mars - Avril 1998, n° 20, pp. 3 – 71.

SALON Serge, Administration : Évolution de la GRH dans les administrations publiques, Cahiers de la fonction publique, Édition Berger Levrault, n° 191, juin 2000, pp. 17 – 19.

SAVALL H., Enrichir le travail humain, L'évaluation économique, Dunod, 1975, Réédition, Economica, 1989.

SAVALL H., ZARDET V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, Préface de Marc-André LANSELLE, Paris, Economica, 1^{ère} édition 1989, 3^{ème} édition octobre 1995, 405 pages.

TAVERNIER N., MAHE MC, BARATAY T., Rapport : La GRH dans les hôpitaux publics, Paris, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994, 67 pages.

THUDEROZ C., GIRAUD-HERAUD A., BOIVIN J., La négociation basée sur les intérêts et les stratégies de changement dans les rapports sociaux de l'établissement, La négociation sociale, Paris CNRS Édition, février 2000, 282 pages.

VENTURA C.D., Les instances participatives : outil d'un dialogue social de qualité et enjeu d'un meilleur fonctionnement de l'hôpital, Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, n° 15, novembre 1998, Direction des hôpitaux, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

WOHLGEMUTH Danielle, La formation continue des agents de la FPH. Données essentielle pour la période de 1990-1997, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des hôpitaux, Mars 2000, 21 pages.

TEXTES LEGISLATIFS ET DOCUMENTS

ANAES, A propos de l'accréditation, septembre 1998.

Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75 – 535 du 30/6/75, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire DH/FH n° 2000/340 du 11 juillet 2000 relative aux orientations et axes prioritaires de formation, à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé.

Circulaire DH/FH1 n° 91/69 du 29/12/91

Enquête médecine des hôpitaux locaux 1992, enquête GAIN assurance maladie SSR 1995, enquête COTRAS 1997 commission technique régionale, questionnaire SROS mai 1998, enquête service médical 1^{er} trimestre 1998, Arrêté préfectoral 1992 du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) de la région Rhône-Alpes.

ENSP, Référentiel métier, année 2000.

FOREST Marianne, Séminaire : Les enjeux européens dans le champ social et médico-social, ENSP, juillet 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, groupe de travail de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : projet de circulaire relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de soins financés par dotation globale, année 2000.

Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Le protocole d'accord du 14 Mars 2000 et la circulaire DH/FH1/2000 n° 413 du 20/7/2000 précisent la mise en œuvre des contrats.

Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction des hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, document non daté.

Projet d'établissement, Hôpital local Andrevetan, La Roche sur Foron année 1999.

Protocole Aubry, entre syndicats et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2000.

RUIVET J.C., Projet d'établissement, Hôpital local de Meximieux, Année 1999.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : TABLEAU DE BORD DES REUNIONS ACCREDITATION GRH

ANNEXE N° 2 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

ANNEXE N° 3 : RESULTAT DE L'ENQUETE DE SATISFACTION

ANNEXE N° 4 : AUDIT BLANCHISSERIE

ANNEXE N° 5 : ORGANISATION GENERALE PROJET SOCIAL

ANNEXE N° 6 : CAHIER DES CHARGES PROJET SOCIAL ET PLANNINGS

ANNEXE N° 7 : COUT DE L'ABSENTEISME EN SERVICE BLANCHISSERIE

ANNEXE N° 8 : FICHES ACTION PROJET SOCIAL

ANNEXE N° 1 : TABLEAU DE BORD REUNIONS ACCREDITATION GRH

Date des réunions	Nombre de personnes	Grade	Objet de la réunion	Finalité
Mercredi 11 octobre	5 personnes	Agent adm., CI, resp. qualité, IDE, Dr.-stagiaire	Étude des références du cahier d'accréditation	Les 7 premières références ont été étudiées
Lundi 13 novembre	8 personnes	Agt adm., CI, resp. qualité, IDE, Dr. Stagiaire, Contremaitre, OP, AS	Présentation au groupe : projet d'établissement, projet social, gestion prévisionnelle, questionnaire de satisfaction	présentations effectuées, critiques du questionnaire de satisfaction.
Jeudi 7 décembre	7 personnes	Agt adm, resp qualité, Dr. Stagiaire, IDE, AS, OP, AES.	Travail sur le livret d'accueil à destination du personnel	- formalisation du projet : raisons, objectifs, méthode, pour qui ?, forme, contenu (plan général)
Jeudi 11 janvier	5 personnes	AS, Agt adm., resp. qualité, AES, Dr stagiaire	Travail sur livret d'accueil, congés annuels et référence n° 8	continuer le travail sur références, livret d'accueil
Lundi 12 février	5 personnes	Agt adm, OP, AES, CI, resp. qualité.	Suite livret d'accueil, questionnaire ANAES.	- observations sur livret d'accueil, travail sur référence n° 9.
Lundi 12 mars	6 personnes	Agt adm, OP, CI, IDE, AS, agt qualité	Livret d'accueil	- contenu de certains paragraphes.
Vendredi 18 mai	6 personnes	Dr stagiaire, Agt qualité, OP, AS, Agt adm. CI	Validation du livret d'accueil, Terminer les références ANAES	Fin de l'étude des références accréditation GRH

ANNEXE N° 2 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Il peut arriver que, du fait de votre fonction, certaines questions ne vous concernent pas. Dans cette hypothèse, n'hésitez pas à passer à la suivante.

Si vous n'avez pas assez de place pour exprimer votre opinion, n'hésitez pas à noter sur une feuille libre, en précisant le thème abordé.

QUESTIONNAIRE à retourner par courrier ou à déposer dans l'urne à l'accueil de l'hôpital **avant le 10/12/2000**

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Grade :

Titulaire :

Contractuel :

Service : ADMINISTRATIF

LOGISTIQUE

SOINS

ANCIENNETE

Moins d'un an

Entre dix et vingt ans

Entre un et cinq ans

Entre vingt et trente ans

Entre cinq et dix ans

Plus de trente ans.....

QUELS SONT À VOTRE AVIS, LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DU SERVICE EN MATIERE DE :

CADRE MATERIEL du service

Équipement

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Locaux (conception, fonctionnalité, accessibilité...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

ORGANISATION DU TRAVAIL

Organisation du service (planning, congés, rythme de travail, relèves, réunions de service...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Charge de travail (tâches...)

Points forts :

Points faibles :

Suggestions :

Personnel (effectifs, compétence, adéquation entre poste et définition de fonction...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Autonomie dans le travail

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Responsabilités dans le travail

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Quel jugement portez-vous sur votre travail ?

Conditions de travail (contraintes, postures, risques professionnels, charge psychique...)

Points forts (mesures prises pour alléger le travail) :

Points faibles :

Vos suggestions :

RELATIONS DE TRAVAIL

Relations entre les agents :

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Avec quelle catégorie travaillez-vous le plus ? :

Relations avec les malades :

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Relations avec les familles

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Relations avec les médecins

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Relations avec votre encadrement

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Relations avec les autres services

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Communication (informations diverses, réunions...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions : Quelles sont les informations que vous souhaiteriez avoir ? :

Relations avec la Direction

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Climat interne

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

GESTION DU PERSONNEL

Reconnaissance (de votre travail, de vos actions...)

Par quelle(s) catégorie(s) de personnel, vous sentez-vous reconnu :

La formation continue

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Évaluation (notation)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Votre participation (prise de parole, groupes de travail, implication diverse...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Les avantages sociaux

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

VIS A VIS DU MALADE OU DU RESIDANT

Quel est votre projet ou votre motivation pour travailler dans notre établissement ? :

Hôtellerie (conditions d'hébergement, restauration, chambres...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Soins (soins d'hygiène, soins médicaux, soins relationnels...)

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Accueil du malade ou du résident

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Sortie du malade

Points forts :

Points faibles :

Vos suggestions :

Nous vous remercions de votre participation.

ANNEXE N° 3. RESULTATS ENQUETE DE SATISFACTION

NOMBRE DE QUESTIONNAIRES DISTRIBUES : 95

RETOURNES : 31 (hors buanderie qui fait l'objet d'une étude particulière)

dont 3 contractuels

34 % de réponses

Réponse collective des agents de la maison de retraite.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL



GRADE :

Sans réponse : 4

AES : 1

ASH : 8

AS : 9

IDE : 4

Cadres : 2

Administratif : 2

1 CEC : 1

SERVICE :

Administration : 2

Logistique : 2

Soignant : 27

ANCIENNETE :

Sans réponse : 1

Moins d'un an : 1

Entre un et 5 ans : 5

Entre 5 et 10 ans : 3

Entre 10 et 20 ans : 7

Entre 20 et 30 ans : 4

CADRE MATERIEL DU SERVICE

EQUIPEMENTS :

POINTS FORTS : **97 % de réponses** (30), 1 NR⁶⁶.

Le matériel le plus apprécié pour les services de soins reste les lits électriques (92 %), lèvements-malades (42 %), chariots-douche (38 %), baignoire ouvrante (27 %), le lave-bassin (23 %), le matériel à usage unique (20 %).

D'autres matériels sont aussi considérés comme importants : chariots à linge propre et sale, cliniplo, chariot à ménage (12 %) mais aussi fauteuils et chaises-pot roulants (8 %).

Pour le personnel administratif, le matériel informatique fait l'unanimité.

POINTS FAIBLES : **97 % de réponses** (30), 1 NR.

Le manque de certains matériels ou d'aménagements ressort dans les points faibles. Les lits médicalisés qui sont très appréciés par ailleurs, manquent encore dans certains services (2^{ème} étage de la maison de retraite, 1^{er} étage, annexe). C'est un point important pour 67 % du personnel soignant ainsi que les chaises pot roulantes (48 %), rayonnages (11 %), pèse-personne adapté (7 %), matériel pour lavage des mains (7 %).

Le matériel trop vieux doit être remplacé : fauteuils (41 %) notamment en maison de retraite,

SUGGESTIONS : **77 % de réponses** (24), 7 NR.

Les suggestions sont la contrepartie des points faibles dans la majorité des cas et concernent

l'achat de matériel (46 %) : lits électriques, lave bassins, fauteuil pèse-personne, auto laveuse, téléphones sans fil, tables de nuit avec frigidaire, distributeur de boissons..., des aménagements en maison de retraite (46 %) : lave bassin, WC à proximité de la salle à manger, office à améliorer.

une organisation différente (12,5 %) : plus de rigueur dans l'entretien du matériel et les délais de réparation, une intégration plus importante du personnel dans la réflexion de l'achat de matériel ou de l'aménagement des locaux, réorganisation pharmacienne, ramassage du linge sale et des poubelles par le personnel d'entretien,

LOCAUX

POINTS FORTS : **52 % de non réponses** (16), 15 R.

⁶⁶ R = réponse, NR = non réponse

POINTS FAIBLES : 94 % de réponses (29), 2 NR.

Si certains locaux sont appréciés par le personnel, d'autres méritent d'être améliorés et les conditions de travail s'en trouvent donc altérées.

Parmi les points les plus importants, 72 % du personnel soulignent les chambres vétustes, trop petites, tristes ou peu fonctionnelles, notamment en maison de retraite, au 1^{er} étage, en long séjour, à l'annexe, des plans inclinés pour passer d'un niveau à l'autre (59 %), l'absence de salle de repos pour le personnel et de lieu de vie pour les résidents en maison de retraite (38 %), des couloirs trop étroits (14 %), un manque de place pour le rangement (10 %), des portes pas suffisamment larges pour laisser passer les chariots roulants (10 %).

D'autres points font ressortir les insuffisances quant à l'accueil et la prise en charge du patient ou du résident et qui gênent aussi le personnel. Ils concernent l'accès à la maison de retraite (obligation de passer par la cuisine), les chambres à 2 et 3 lits, le problème de parking, un manque d'espace vert, d'espace détente pour les patients et leur famille, l'absence de salon de coiffure, certaines chambres mal isolées, des problèmes d'alimentation en eau et eau chaude dans certaines chambres ou locaux.

SUGGESTIONS / 52 % de non réponses (16), 15 R,



ORGANISATION DU TRAVAIL

ORGANISATION DU SERVICE

POINTS FORTS : 87 % de réponses (27), 4 NR.

Le personnel de la maison de retraite souligne une bonne organisation et une bonne entente entre collègues (44 %). Pour les autres services, les points forts concernent essentiellement l'organisation des plannings (bien équilibrés, établis suffisamment à l'avance, avec des congés plutôt bien répartis, discutés et validés par le personnel)(41 %), ainsi que les horaires de travail qu'ils soient postés pour le personnel soignant ou continus pour le personnel administratif et logistique (26 %). L'encadrement souligne que l'organisation est en adéquation avec les besoins des services et les effectifs théoriques.

POINTS FAIBLES : 90 % de réponses (28), 3NR.

Tout comme les points forts, les planning ont leurs points faibles mais sur des points différents, la priorité revenant au manque d'harmonisation des horaires en maison de retraite (39 %), aux congés fériés et congés horaires que les agents jugent trop imposés au cours du premier semestre (11 % du personnel soignant). Les agents souhaiteraient en conserver pour le 2^d semestre, à la suite de deux jour de WE travaillés ou pour éviter une fatigue trop importante.

L'encadrement souligne la difficulté de gérer ces plannings à travers lesquels le rythme de travail est forcément frustrant au regard des besoins des personnes âgées.

Pour 7 %, les congés d'été sont difficiles à poser en début d'année.

Si certains agents sont satisfaits des réunions de leur service, d'autres estiment qu'une réunion une fois par an n'est pas suffisante (7 %). Une autre partie du personnel (service logistique et administratif, temps partiel en maison de retraite) souligne l'absence complète de réunion (11 %).

SUGGESTIONS : 71 % de réponses (21), 9 NR.

Sur le plan des suggestions, le plus important est pour le personnel de la maison de retraite d'harmoniser les horaires (50 %).

Un autre point souligne l'importance des réunions pour ceux qui n'en ont pas : administration, 1^{er}, maison de retraite et personnel de nuit avec le personnel de jour (18 %), pour un meilleur suivi ou pour gérer les conflits.

L'encadrement souhaite l'informatisation des plannings.



CHARGE DE TRAVAIL

POINTS FORTS : 71 % de non réponses (21), 9 réponses

POINTS FAIBLES : 81 % de réponses (25), 6 NR.

Le point le plus important concerne la charge de travail physique et psychique reconnue par tous les services (84 %) : les journées sont bien remplies. Le rythme de travail est intensif surtout le matin (toilettes, réfection des lits, chariotage des pensionnaires, bains, installation des personnes pour la sieste). La charge de travail s'alourdit. Il y a de plus en plus de nursing et de ménage pour les AS, du travail d'écriture pour les IDE. Le travail en gériatrie impose une manutention de patients lourds à lever et à coucher.

Cette charge de travail est accentuée par divers points : un manque de personnel (52 %), surtout ressenti par les agents de la maison de retraite, un manque de collaboration et de coordination (12 %), un manque de formation des CES (8 %).

Cette charge de travail a des conséquences sur la prise en charge du patient par une diminution des contacts avec les PA (8 %).

SUGGESTIONS : 61 % de réponses (19), 12 NR.

Les suggestions sont faites principalement par les services de soins en faveur du personnel (74 %) : remplacer les arrêts, plus de CES formés (n'entrant pas dans l'effectif),

en rapport aux tâches (58 %) : reconnaître la charge de travail, notamment en maison de retraite, ne pas avoir à sortir la nuit, transférer du travail sur le personnel de nuit, en faveur de l'organisation (17 %) : plus de collaboration, favoriser la polyvalence, informatiser le service de soins.

PERSONNEL

POINTS FORTS : **56 % de non réponses** à la question (20), 11 réponses

POINTS FAIBLES : **71 % de réponses** (22), 9 non réponses

Le principal point faible se situe au niveau des CES (68 %) dans le fait qu'ils effectuent des remplacements et sont ainsi compris dans les effectifs. De plus, leur fonction ne correspond pas au profil de fonction réalisé.

55 % du personnel font ressortir les dépassements de fonction.

D'autres points concernent le manque d'effectifs (14 %), et un manque de reconnaissance des personnels en service de soins (9 %).

SUGGESTIONS : **71 % de réponses** (22), 9 non réponses.

En grande majorité, 86 % du personnel souhaite du personnel en plus : CES en dehors des effectifs et en respectant la définition de fonction, IDE en maison de retraite ainsi que plus de crédit de remplacement et l'évaluation du personnel contractuel.

D'autres mettent l'accent sur la qualité des effectifs (18 %) : importance de la formation (faite par les médecins au personnel ou proposée au nouveau personnel), ainsi que plus de reconnaissance de la spécialité gériatrique et plus de relations médecins/équipe.

AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL

POINTS FORTS / **65 % de réponse** (20), 11 NR.

Parmi les personnes qui ont répondu 70 % estiment avoir une autonomie suffisante ainsi qu'une large initiative.

10 % estiment que cette autonomie s'exerce par la connaissance des définitions de fonction.

Il est souligné la responsabilité des IDE et la conscience professionnelle du personnel. Cette autonomie peut être appréciée tout en étant imposée de fait au personnel de nuit.

POINTS FAIBLES : **58 % de non réponses** (18), 13 R

SUGGESTIONS / **3 réponses**

RESPONSABILITES DANS LE TRAVAIL

POINTS FORTS : **74 % de non réponses** (23), 8 R.

POINTS FAIBLES : **71 % de réponses**, 9 NR.

Pour le personnel, certaines responsabilités constituent plutôt un inconvénient : 82 % du personnel prennent des responsabilités qui ne leur incombent pas : IDE en cas d'absence des médecins ou le WE lors de problèmes techniques, AS vis à vis de la distribution des médicaments, administratif vis à vis de la comptabilité.

Si certaines personnes apprécient les responsabilités, elles peuvent se sentir seules pour les assumer ou les trouver trop importantes (18 %). D'autres soulignent le manque de compétence pour les assumer (9 %).

SUGGESTIONS : **3 réponses**.

QUEL JUGEMENT PORTEZ-VOUS SUR VOTRE TRAVAIL : **65 % de réponses**, 11 NR.

85 % des personnes portent un jugement positif sur leur travail : passionnant ou intéressant et dans lequel ressort la diversité, mais avec cependant en contrepartie des aspects négatifs (15 %) : manque de temps auprès des malades ou auprès du personnel, solitude, travail absorbant ou usant.

Pour d'autres, certains aspects du travail le rendent positif (12 %) : apport de confort et de réconfort auprès du patient, fonction de pivot famille-patients-soignants des IDE, les compétences.

15 % ont plutôt un jugement négatif : trop de responsabilités, manque de reconnaissance, travail dur physiquement et moralement.

CONDITIONS DE TRAVAIL

POINTS FORTS : **58 % de non réponses** (18), 13 R.

POINTS FAIBLES : **68 % de réponses** (21), 10 NR.

57 % des agents mettent l'accent principalement sur le port de charges lourdes évoquant la dépendance physique et psychique de plus en plus importante des personnes âgées et notamment en maison de retraite (de plus en plus de chariots sur plans inclinés).

D'autres problèmes sont évoqués tels que le stress, les risques professionnels, les dérangements et déplacements fréquents, le travail de nuit fatigant à long terme et perturbant la vie familiale.

SUGGESTIONS : **61 % de réponses** (19), 12 NR.

Le personnel de la maison de retraite souhaite la création d'unités adaptées aux pensionnaires (58 %).

21 % du personnel souhaite une modification des effectifs (personnel masculin, IDE, CES...). 10 % recommandent l'achat de matériel (pèse personne, lits médicalisés).

D'autres solutions concernent l'organisation du travail (mise en place des 35 h, travail en équipe) ou la formation (sur les risques).

RELATIONS DE TRAVAIL

RELATIONS ENTRE LES AGENTS

POINTS FORTS : 87 % de réponses (27), 4 NR.

Les agents ont répondu massivement à cette question (93 %) faisant ressortir les bonnes relations entretenues dans les équipes à travers les termes : bon esprit d'équipe, entraide réciproque, bon contact, meilleure communication, relations amicales, bonne ambiance...

POINTS FAIBLES : 55 % de réponses (17), 14 NR.

Ces points font ressortir essentiellement un problème de communication sous diverses formes (88 %) :

soit à l'intérieur d'une même équipe (incompréhension sur la charge de travail entre IDE et le reste de l'équipe, reproches),

soit entre services (cloisonnement).

Les agents de la maison de retraite soulignent de mauvaises transmissions écrites faute parfois d'absence de relèves due aux horaires des temps partiels non cumulés.

SUGGESTIONS : 4 réponses,

AVEC QUELLE CATEGORIE TRAVAILLEZ-VOUS LE PLUS ?

avec l'équipe : les IDE,

les AS et ASH travaillent ensemble.

RELATIONS AVEC LES MALADES

POINTS FORTS / 71 % de réponses (22), 9 NR.

Pour l'ensemble du personnel, les relations sont privilégiées et bonnes, mais pour diverses raisons : une structure adaptée, une bonne connaissance des patients, une communication possible (lucidité), la disponibilité.

Les agents apportent des soins, une mise en confiance (surtout la nuit), un soutien et bénéficient en échange des « riches expériences des personnes âgées ». Des liens se créent car on connaît bien ses patients surtout en long séjour.

POINTS FAIBLES : 68 % de réponses (21), 10 NR

76 % des agents regrettent le manque de temps consacré à la relation avec la personne âgée à cause de la charge de travail. Pour 14 % la communication n'est pas possible du fait de leur état de santé.

10 % font ressortir que les PA et leur famille ne sont pas averties lors d'un changement de chambre.

SUGGESTIONS : 52 % de non réponses (16), 15 R.

RELATIONS AVEC LES FAMILLES

POINTS FORTS : 84 % de réponses (26), 5 NR.

Pour 85 % des agents, les relations sont très bonnes avec les familles (qui s'impliquent et qui viennent régulièrement) en terme de dialogue et d'échanges apportant un enrichissement permanent .

L'importance de leur représentation au conseil d'établissement est soulignée (8 %).

POINTS FAIBLES : 74 % de non réponses, 8 R.

SUGGESTIONS : 52 % de réponses (16), 15 NR.

Des propositions sont faites essentiellement pour améliorer la communication :

Petits salons, distributeurs de boissons pour mieux accueillir,

Meilleure connaissance des personnes âgées pour mieux répondre à leurs attentes : connaissance du vécu, enquête de satisfaction, réunion personnel/familles.

RELATIONS AVEC LES MEDECINS

POINTS FORTS : 81 % de non réponses (25), 6 R.

POINTS FAIBLES : 81 % de réponses (25), 6 NR (pas de corrélation avec points forts).

64 % des agents estiment que les médecins n'ont pas de communication avec l'équipe soignante ou très peu, voire aucune considération à leur rencontre.

Pour 28 %, ils ne sont jamais là quand il faudrait, notamment en cas d'urgence, ou carrément absent dans certains services (long séjour et maison de retraite).

8 % soulignent de la part de certains médecins, un manque de respect vis à vis des malades et le fait qu'ils ne soient pas toujours à l'écoute de leurs plaintes.

D'autres (8 %) se plaignent du nombre important de médecins, favorisant une organisation anarchique.

SUGGESTIONS : 58 % de réponses (18), 13 NR.

Le personnel de la maison de retraite souhaite plus de dialogue entre médecins, résidents et personnel.

Pour les autres services avoir un médecin hospitalier ou un référent pourrait solutionner les problèmes, ainsi que la participation des médecins à des relèves ciblées.

RELATIONS AVEC VOTRE ENCADREMENT

POINTS FORTS : 65 % de non réponses (20), 11 R.

POINTS FAIBLES : 52 % de non réponses (16), 15 R.

80 % des agents souhaiteraient plus de présence. La maison de retraite soulève le problème de cumul de fonction d'IDE et d'encadrement. C'est la raison pour laquelle, le personnel demande un poste d'IDE dans ce service (cf question personnel). Une personne pose la difficulté de l'absence d'encadrement. 2 agents soulignent une difficulté liée à l'humeur du cadre.

SUGGESTIONS : 2 réponses

RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES

POINTS FORTS / 81 % de réponses (25), 6 NR.

Pour le personnel de la maison de retraite, ces relations ont lieu essentiellement à travers les formations.

Pour les autres agents, la polyvalence a favorisé les relations et, ainsi, évité les critiques entre services (28 %). Les relations entre les services sont bonnes (24 %). Certaines réunions la permettent, comme la commission menu ou les réunions accréditation.

POINTS FAIBLES : 71 % de réponses (22), 9 non réponses.

Pour 95 % des agents, les services demeurent cloisonnés malgré la polyvalence et cela vaut aussi bien pour les services de soins, la direction et les services logistiques. Ceci est dû à

l'éloignement des services entre eux ou à la nature du travail (de nuit pas exemple : relations seulement avec le service de veille).

18 % soulignent ne pas avoir de relations avec les services logistiques.

SUGGESTIONS :

Le personnel de la cuisine pourrait venir dans les services à certaines occasions, idem pour le personnel de direction,

Améliorer la communication et l'information avec les services (panneaux, info paye).

COMMUNICATION

POINTS FORTS : **68 % de non réponses** (21), 10 R.

POINTS FAIBLES : **61 % de réponses** (19), 12 NR.

58 % du personnel (notamment en maison de retraite) souhaitent plus d'aboutissement à leurs demandes suite aux réunions,

21 % des réponses soulignent le manque d'information ou de communication notamment en service logistique ou personnel de nuit,

1 personne souhaite un appui dans des situations difficiles (« verbaliser »),

Le reste des réponses (11 %) relève plutôt de problèmes d'organisation :

réunions non préparées,

panneaux d'affichage surchargés,

infos non mises à jour,

circulation de l'info défailante.

SUGGESTIONS / Peu de suggestions ont été faites :

RELATIONS AVEC LA DIRECTION

POINTS FORTS : **68 % de réponses** (21), 10 NR

Globalement, pour l'ensemble du personnel, les relations sont bonnes, le contact est facile. La direction est toujours prête à dialoguer, à entendre et est très disponible, notamment pour les agents de la maison de retraite.

La présence du directeur aux relèves une fois par semaine est appréciée. L'encadrement est satisfait des réunions de direction le vendredi matin.

POINTS FAIBLES : **58 % de réponses** (18), 13 NR.

Si la direction est prête à dialoguer en maison de retraite, celle-ci regrette n'être pas toujours écoutée (61 %). Le reste des réponses relève plutôt de relations individuelles : communication pas toujours facile, manque de reconnaissance, de soutien dans le travail. Une personne souligne l'absence de participation de l'équipe soignante aux projets (d'établissement ou médical).

CLIMAT INTERNE

POINTS FORTS : 59 % de non réponses (19), 12 R.

POINTS FAIBLES : 77 % de non réponses (24), 7 R.

SUGGESTIONS : 3 réponses

GESTION DU PERSONNEL

RECONNAISSANCE

POINTS FORTS : 68 % de réponses (21), 10 NR.

Pour la majorité des personnels, le travail est reconnu par les collègues proches avec lesquels on travaille tous les jours et les cadres.

9,5 % des aides-soignantes estiment que leur travail n'est pas assez reconnu. Un administratif ne se sent pas reconnu du tout.

LA FORMATION CONTINUE

POINTS FORTS : 68 % de non réponses (21), 10 R.

50 % du personnel estiment que l'établissement tient compte des demandes.

30 % apprécient la formation permettant un approfondissement des connaissances et favorisant une interrogation des professionnels sur leur pratique.

POINTS FAIBLES / 55 % de réponses (17), 14 NR.

Les agents de la maison de retraite estime que la formation est inexistante dans leur service.

Pour les autres, 12 % regrettent qu'il n'y ait plus de possibilité de promotion professionnelle et le manque de suivi de certaines formations.

SUGGESTIONS :

Faire le bilan de chaque formation pour en retirer les points intéressants pouvant améliorer notre travail,

Promotion professionnelle pour progresser dans la carrière,

Formation manutention, traitement de texte, comptabilité,

Formations révisées régulièrement (secourisme, sécurité incendie).

EVALUATION (notation)

POINTS FORTS : **77 % de non réponses** (24), 7 R.

POINTS FAIBLES : **58 % de réponses** (18), 13 NR.

Peu de réponses se recoupent si ce n'est :

11 % reproche au questionnaire d'évaluation d'être « barbant » ou le même chaque année,

11 % regrettent le manque d'évaluation des agents sous contrat.

SUGGESTIONS : **3 réponses**

VOTRE PARTICIPATION 22 personnes n'ont pas répondu du tout à ce thème.

POINTS FORTS : **71 % de non réponses** (22), 8 R

POINTS FAIBLES : **84 % de non réponses** (26), 5 R.

LES AVANTAGES SOCIAUX

POINTS FORTS / **81 % de non réponses** (25), 6 R

POINTS FAIBLES : **81 % de réponses**, 6 NR.

52 % estiment n'avoir aucun avantage.

16 % soulignent une difficulté de dialogue avec le service du personnel, cumulé avec 12 % qui manquent d'informations sur ce point.

16 % assimilent les droits sociaux à l'organisation du travail : remise en cause des congés, travail du WE, horaires non fixes, 35 heures non mises en place.

SUGGESTIONS : trop peu de réponses pour exploiter.

MS A VIS DU MALADE OU DU RESIDENT.

PROJET OU MOTIVATION DE TRAVAILLER DANS L'ETABLISSEMENT

77 % de réponse (24), 7 NR.

Une seule personne semble avoir des motivations plutôt personnelle sur un plan professionnel. Mais pour 96 % des personnes la motivation et le projet sont centrés essentiellement sur la personne âgée et s'apparentent aux missions de l'hôpital local.

Pour les IDE, les réponses se centrent davantage sur la prise en charge ou les soins de proximité les plus adaptés.

Les aides-soignantes formalisent beaucoup plus leur motivation et leur projet et les réponses sont très riches de sens. On peut le remarquer à travers quelques termes employés :

Rendre au patient son séjour agréable,

Lui permettre de garder une image valorisante,

Réconforter dans les moments pénibles,

Soigner, aider, comprendre, aimer, respecter, accueillir, améliorer, entourer,

Adoucir les dernières années de leur vie,

Créer un climat familial et chaleureux,

Proposer des activités adaptées,

Accompagner les gens âgés en respectant leur personnalité en intégrant leur famille,

Importance de l'hôpital local : accueil de proximité,

Être à leur écoute.

HOTELLERIE

POINTS FORTS : 81 % de réponses (25), 6 NR

Pour 84 % des agents, la restauration constitue un point fort de l'établissement (liaison chaude, aliments bons et bien cuisinés).

32 % soulignent aussi la qualité des locaux refaits, agréables et propres.

POINTS FAIBLES : 81 % de réponses (25), 6 NR.

88 % des réponses concernent les chambres dont celles de la maison de retraite en mauvais état (64 %). Pour les autres services, il reste encore des chambres à 2 lits, des chambres peu adaptées ou tristes et peu éclairées.

28 % des réponses concernent la restauration : le premier point faible étant le manque de choix possible dans le menu surtout le soir, le repas du soir fixé à 17 h 30, vient ensuite une incompréhension avec la cuisine malgré la commission menu.

Le reste des réponses souligne le manque de relation des services avec la buanderie et la cuisine, le manque d'espace vert, les délais longs d'aménagements ou de réparations.

SUGGESTIONS /

rénovation de la maison de retraite
décloisonner la cuisine suite HACCP,
repas à servir plus tard le soir,
plus de légumes frais,
adapter davantage la nourriture aux habitudes de vie des patients.

SOINS

POINTS FORTS : 68 % de réponses (21), 10 NR.

Les soins relationnels sont privilégiés notamment en maison de retraite (62 %),
L'accent est mis aussi sur les soins d'hygiène avec un matériel adapté à usage unique pour les IDE et adéquat pour les ASH, la création d'un CLIN (38 %), ainsi que sur les soins de nursing (14 %).

POINTS FAIBLES : 61 % de réponses (20), 12 NR.

Les agents soulignent que les résidents ne voient jamais leur médecin, notamment en maison de retraite (60 %). Un cadre met l'accent sur un manque de coordination médicale dans la pratique des soins gériatriques.

16 % remarquent l'absence de matériel dans les chambres par rapport à l'hygiène des mains.

11 % font ressortir le manque d'écoute par rapport à la demande des personnes âgées. Un autre point négatif concerne l'organisation de la pharmacie.

SUGGESTIONS :

Profiter des soins, d'une prise de sang, d'un pansement, de la réfection d'un lit pour entrer en relation avec le patient,

Présence d'un psychologue,

Coordination médicale,

Matériel, hygiène des mains dans les chambres,

Rencontre avec d'autres établissements pour échanger.

ACCUEIL DU MALADE OU DU RESIDENT

POINTS FORTS / 68 % de non réponses (21), 10 R.

POINTS FAIBLES : 55 % de non réponses (17), 14 R.

SUGGESTIONS : peu de suggestions

SORTIE DU MALADE concerne peu de service

POINTS FORTS : **90 % de non réponses** (3)

POINTS FAIBLES : **77 % de non réponses** (7)

SUGGESTIONS : peu de suggestions

ANNEXE 4. DIAGNOSTIC BLANCHISSERIE : ACTIONS SPECIFIQUES

Causes racines	Dysfonctionnements élémentaires	Solutions racines	Familles d'actions	Actions concrètes	Porteurs d'actions	Outils
<p>La blanchisserie semble être un service où la fonction d'évaluation du matériel, des personnes, des actions, des performances est négligée</p>	<p>Matériel ancien en lingerie : Méthode de travail non adaptée, Pannes fréquentes, L'utilisation des machines n'est pas conforme, Conditions de travail pas toujours prises en compte, Les agents ne sont pas protégés contre les nuisances,</p>	<p>Bonne utilisation du matériel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ recenser les modes opératoires de fonctionnement des machines 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les écrire, les adapter au service, ➤ les afficher. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cadre du service : recherche des modes opératoires auprès des fournisseurs ➤ Agent qualité : aide à l'écriture ➤ Dr. Stagiaire: conception d'un outil ➤ responsable du service 	<p>Modes opératoires</p>
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ suivi des pannes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ cahier de suivi ➤ recensement des pannes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sièges ➤ casques ➤ définir des actions concrètes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. Stagiaire: conception d'un outil ➤ responsable du service
<p>Prendre en compte les conditions de travail</p>	<p>Manque de références dans l'exercice du travail, Règles d'hygiène non respectées, Les différentes opérations (tri, lavage, séchage...) ne sont pas effectuées correctement, Manque partiel de</p>	<p>Matériel adapté en lingerie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ acheter du matériel adapté ➤ faire intervenir la médecine du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ faire intervenir la médecine du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin du travail 	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ la formatrice CTTN déterminera les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ faire intervenir la médecine du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ actions concrètes ➤ médecine préventive ➤ commission hôtelière 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin du travail ➤ direction + responsable du service
<p>Optimiser les</p>			<ul style="list-style-type: none"> ➤ former les agents 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ formation action juin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. Stagiaire 	

	compétences des agents et des remplaçantes, L'activité n'est pas connue, Travail accentué en lingerie.	compétences				
		Connaître l'activité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ former les agents ➤ orienter les recrutements 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ favoriser la formation continue (besoins des agents, informations) ➤ formation de juin ➤ accueil des remplaçants ➤ embauche d'OP 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsable du service + direction ➤ CTTN ➤ Responsable du service ou référent accueil 	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ recenser l'activité ➤ la faire connaître 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ concevoir des tableaux de bord ➤ recueillir les données 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. Stagiaire ➤ Responsable du service ➤ Direction 	

Causes racines	Dysfonctionnements élémentaires	Solutions racines	Familles d'actions	Actions concrètes	Porteurs d'actions	Outils
<p>Une faible exigence sur les comportements et les conflits de personnes semble favoriser une communication difficile et une organisation individualisée</p>	<p>Il n'y a pas d'encadrement direct, Les agents sont trop autonomes, La hiérarchie n'est pas acceptée, La gestion du service est assurée par plusieurs personnes, Les relations de travail sont difficiles par manque de communication et de concertation,</p>	<p>Encadrement de l'équipe</p>	<p>Révision de l'organigramme</p>	<p>Éclater le centre de responsabilité entretien Définition de fonction et de carrière Choisir un cadre</p>	<p>Direction Comité de direction Direction</p>	<p>Définition de fonction</p>
	<p>Il n'y a pas d'entente au niveau des congés, Il y a trop d'individualisme, Le personnel est démotivé, L'absentéisme est important, réactionnel et gênant, Des problèmes de communication sont dus aux personnalités, Il existe une différence de traitement de l'absentéisme, Les activités sont planifiées par les agents</p>	<p>Management de l'équipe</p>	<p>Communiquer Soutenir le cadre</p>	<p>Réunions de service Commission hôtelière</p>	<p>Le responsable du service La direction</p>	

Causes racines	Dysfonctionnements élémentaires	Solutions racines	Familles d'actions	Actions concrètes	Porteurs d'actions	Outils
<p>L'organisation du travail est une résultante historique et non une volonté stratégique d'organiser ce service en fonction des missions de l'établissement</p>	<p>La polyvalence ne fonctionne pas, L'organisation est très cloisonnée, Il n'y a pas d'encadrement direct, Les agents planifient eux-mêmes leurs activités, L'organisation horaire tient compte des impératifs individuels, Les emplois du temps sont figés, La répartition des tâches est inégale et non clairement définie, Le planning de l'agent à mi-temps n'est pas adapté au travail du service, Il n'y a pas de réunion de service.</p>	<p>Modifier l'organisation</p>	<p>➤ Réaliser la polyvalence</p> <p>➤ Recrutement d'une lingère à mi-temps spécifique au service</p>	<p>➤ Gestion prévisionnelle des emplois : à terme grade de buandier uniformisé</p> <p>➤ Plannings équitables et fonction de l'activité</p> <p>➤ Définitions de fonction à vérifier</p> <p>➤ Réunions de service</p> <p>➤ A moyen terme : attendre le départ à la retraite d'un agent de la cuisine</p>	<p>➤ Direction</p> <p>➤ Le responsable du service</p> <p>➤ J. Ferrand</p> <p>➤ Le responsable du service</p> <p>➤ La direction</p>	

Causes racines	Dysfonctionnements élémentaires	Solutions racines	Familles d'actions	Actions concrètes	Porteurs d'actions	Outils
<p>Le service Blanchisserie ne semble pas être reconnu comme les autres services participant aux missions de l'établissement.</p>	<p>Absence d'encadrement direct, Le supérieur n'est pas le bon intermédiaire, Le cadre n'est pas autonome dans sa fonction, Pas de réunion, Manque de reconnaissance du service et des agents, Besoins en formation non connus, Les agents ne sont pas sollicités sur leurs besoins en formation, Les infos importantes ne leur parviennent pas, Le personnel n'a pas connaissance des profils de fonction, Les agents n'ont pas connaissance des missions de l'établissement et de leur service, Les agents ne sont pas consultés dans les projets les concernant.</p>	<p>Cf. Révision de l'organigramme</p> <p>Cf. Management de l'équipe</p> <p>Valoriser le service</p>	<p>➤ Communiquer</p> <p>➤ Définir les missions du service</p> <p>➤ Consulter les agents</p>	<p>➤ informer les agents</p> <p>➤ entretiens d'évaluation</p> <p>➤ projet logistique dans le projet d'établissement</p> <p>➤ projet architectural</p>	<p>➤ le responsable du service + la direction</p> <p>➤ la direction</p> <p>➤ la direction</p>	

ANNEXE N°5. PROJET SOCIAL : RECAPITULATIF DU TRAVAIL EFFECTUE

<u>ACTIVITES</u>	<u>COMMUNICATION</u>	<u>REUNIONS</u>	<u>INSTANCES</u>	<u>TRAVAIL PREPARATOIRE</u>
<u>CLACT</u>	- relèves, - documents explicatifs, (de la démarche, du contrat définitif)	2 CHSCT	2 CHSCT	Recueil de besoins Délai 1 mois
<u>DIAGNOSTIC</u>	Information orale blanchisserie sur l'audit et ses objectifs, Pendant les relèves sur l'enquête de satisfaction, Information jointes aux fiches de paie, Comptes-rendus au personnel.	- conseil de direction : validation du cahier des charges et des méthodes diagnostic, comptes-rendus des diagnostics, - une réunion personnel de l'établissement, - une réunion personnel de la blanchisserie.	CTE : validation des méthodes diagnostic .	Questionnaire validé par le groupe accréditation. Les comptes-rendus d'audit écrits.
<u>ACCREDITATION</u>	Information sur le projet d'établissement et le projet social au groupe de travail, Information sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.	7 réunions : travail sur les références et le livret d'accueil.		Rédaction de documents d'information.
<u>PROJET SOCIAL</u>	Information sur le projet d'établissement et le projet social jointe à la fiche de paie (Info-qualité).	Une réunion spécifique blanchisserie : actions spécifiques, 2 réunions groupe de pilotage élargi : négociation du projet et fiches actions.	CA CTE CME CHSCT Au cours du second semestre	Rédaction du projet social à négocier, Comptes-rendus des réunions, Rédaction du modèle de fiche actions.

ANNEXE 6. PROJET SOCIAL : CAHIER DES CHARGES

PREALABLE :

- État des lieux de l'**existant** (GRH, formation...),
- **Accréditation** : points forts, points faibles, perspectives d'amélioration (comptes-rendus de réunion, synthèse des références, tableau de bord)
- **Enquête** de satisfaction auprès du personnel (diagnostic interne) : questionnaire sur la base points forts, points faibles, suggestions,
- Bilan de l'**audit antérieur**,
- **Bilan social** (personnel, mouvements, absentéisme, formations, pyramide des âges...),
- **Étude spécifique** de la blanchisserie (méthode socio-économique) : projet global.

⇒ Analyse des **résultats**.

Trois **méthodologies** utilisées :

- Analyse socio-économique (projet global blanchisserie),
- Analyse quantitative – qualitative : enquête de satisfaction (questions ouvertes),
- Accréditation : fonctionnement en groupes de travail.

A partir des différents éléments provenant de cette analyse :

RAPPORT FINAL

- **Axes prioritaires** sous-tendus par les textes :
 - Conditions de travail,
 - Formations (besoins, financement...),
 - Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (35 heures, réforme tarification...),
 - GRH (bilan social : absentéisme, pyramide des âge),
- **Axes spécifiques** à l'établissement, priorisés et validés par le comité de pilotage, en fonction du diagnostic et de son analyse.

COMITE DE PILOTAGE :

Groupe restreint : Directeurs + directeur-stagiaire,

Groupe plinier : Direction + encadrement + agent qualité + directeur-stagiaire.

Négociation : étendu aux instances

VALIDATION par les instances

ANNEXE 6 : PLANNING DU PROJET SOCIAL

<u>ETAPES</u>	<u>Sept.</u>	<u>Oct.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Déc.</u>	<u>Janv.</u>	<u>Fév.</u>	<u>Mars</u>	<u>Avril</u>	<u>Mai</u>	<u>Juin</u>
<u>ETAT DES LIEUX</u>										
Bilan social										
Étude rétrospective formation	↔	↔								
Bilan dernier CLACT	↔									
Bilan audit antérieur					↔					
<u>DIAGNOSTIC</u>										
CLACT	↔	↔								
Accréditation	↔									↔
Enquête satisfaction					↔	↔				
Étude blanchisserie					↔	↔				
<u>RAPPORT ANALYSE DIAGNOSTIQUE</u>										
Présentation groupe de pilotage									↔	
Travail du groupe de pilotage									↔	↔
<u>RAPPORT FINAL</u>										
Validation groupe de pilotage										↔
Validation instances										↔

ANNEXE 6 : PLANNING DE L'ETUDE diagnostic blanchisserie

AXES DE TRAVAIL	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
<i>Entretiens Direction</i>	↔						
<i>Entretiens cadres</i>	↔	↔					
<i>Entretiens agents</i>	↔	↔					
<i>Dépouillement</i>		↔	↔	↔			
<i>Restitution orale (groupe de pilotage + service + CTE)</i>					↔		
<i>Évaluation du non-dit</i>					★		
<i>Rapport « avis d'expert »</i>					↔	★	
<i>Présentation orale au groupe pilotage</i>						★	
<i>Plans d'actions prioritaires</i>						↔	↔
<i>Restitution orale (groupe de pilotage + service + CTE)</i>							↔

*Dépouillement :

- mise en exergue des dysfonctionnements,
- classement des dysfonctionnements par thèmes et par groupes d'entretiens,
- élaboration de la grille de convergence,
- diagnostic coût

ANNEXE 7. EVALUATION DU COÛT DE L'ABSENTEISME EN SERVICE BLANCHISSERIE

Dysfonctionnement élémentaire	Causes invocées	Fréquence indicative	Effets au plan économique		
			Détails calcul	Sursalaire	Total
<u>Absentéisme</u>	conditions de travail, absentéisme réactionnel.	- salaires : 97 jours dans l'année 2000 répartis sur trois agents dont un à mi-temps	- 1 ^{er} agent : salaire brut 102854,48 F + charges patronales 49548,83 F = 152403,3 F soit par jour 417,50 F.	- 25887 F	<u>68 927,22F</u>
			- 2 ^{ème} agent : salaire brut 109954,72 F + charges patronales 50931,96 F = 160886,68 fr. soit par jour 440,78 F.	- 6611 F	
			- 3 ^{ème} agent : salaire brut 105327,44 F + charges patronales 48031,91 F = 153359,35 fr. soit par jour 420 F.	- 8403 F soit pour un mi-temps : 4201,50 F	
		- remplacements pour la totalité	- une remplaçante : salaire brut 53952,39 F + charges patronales 25106,38 = 79058,77 F pour 189 jours travaillés soit par jour 418,30 F	- pour 97 jours de remplacement 40575 F	
		- remboursement assurance au delà d'un arrêt de 30 jours soit 32 jours	- traitement de base sans les charges 7825,58 F pour 30 jours,	- soit pour 32 j 8347,28 F	

ANNEXE N° 8 : FICHES ACTION du projet social

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°1

ORGANISATION DE LA FORMATION

OBJECTIFS

- ⇒ Favoriser l'accès à la formation dans tous les services ;
- ⇒ Intégrer des études promotionnelles dans le plan de formation et maintenir les formations indispensables (sécurité incendie, conditions de travail : manutention, sophrologie, soutien psychologique) ;
- ⇒ Faire un bilan des formations pour un meilleur suivi.

METHODE ET MOYENS

⇒ **COURT TERME**

- ❖ Fiche de recensement des besoins
- ❖ Centralisation des demandes puis passage en CTE (2^{ème} réunion : évaluation des besoins et arrêt des choix),

⇒ **MOYEN TERME**

- ❖ Fiche individuelle d'évaluation à créer,
- ❖ Comptes-rendus individuels de formation,
- ❖ Bilan annuel (1^{ère} réunion CTE).

⇒ **LONG TERME**

- ❖ Un plan de formation quinquennal 2002-2007.

DELAI DE REALISATION

- ⇒ Court terme : 4^{ème} trimestre 2001,
- ⇒ Moyen terme : 4^{ème} trimestre 2002.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Centralisation : Responsable du personnel,
- ⇒ Autres étapes : l'encadrement.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°2

GPEC : réforme de la tarification

OBJECTIFS

- ⇒ Entrer dans le cadre de la réforme de la tarification ;
- ⇒ Permettre une promotion professionnelle au sein de l'établissement : d'agent des services hospitaliers (ASH) à aide médico-psychologique (AMP) ;
- ⇒ Anticiper les évolutions.

METHODE ET MOYENS

⇒ COURT TERME

- ❖ Calcul du forfait dépendance long séjour et maison de retraite : nombre de postes théoriques ;
- ❖ Validation par les instances ;
- ❖ Prévision budgétaire 2002-2007 et conventionnement.

⇒ MOYEN TERME

- ❖ Prévoir un crédit de formation AMP en septembre 2002,
- ❖ Faire une information au personnel pour recueillir une candidature en septembre 2001.

⇒ LONG TERME

- ❖ Réaliser la prévision sur 5 ans.

DELAI DE REALISATION

- ⇒ 5 ans

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Directeur et Cadres infirmiers.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°3

GPEC

OBJECTIFS

⇒ Anticiper les évolutions de la démographie interne professionnelle.

METHODE ET MOYENS

⇒ **COURT TERME**

- ❖ Recenser les évolutions prévisibles :
 - Création postes réforme tarification,
 - 35 heures,
 - pénurie IDE,
 - diminution des emplois aidés,
 - départs en retraite,
 - nouveaux métiers (qualité, animation = emplois jeunes).

- ❖ Mesurer, évaluer les moyens à mettre en œuvre : nombre de poste, qualification, questionnaire ARTT.

- ❖ Programmer dans le temps : calendrier et financement.

⇒ **MOYEN TERME**

- ❖ blanchisserie : orienter les recrutements futurs par l'embauche d'OPQ grade buandier.

⇒ **LONG TERME**

DELAI DE REALISATION

- ⇒ Finalisation du projet d'établissement fin 2001
- ⇒ 5 ans

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Responsable du personnel, Direction, Cadres infirmiers, responsables centre de responsabilité.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°4

OARTT

OBJECTIFS

⇒ Mise en place des 35 heures.

METHODE ET MOYENS

⇒ COURT TERME

❖ État des lieux transversal et par service ;

❖ Diagnostic général.

⇒ MOYEN TERME

❖ Scénarios permettant d'harmoniser les horaires inter services.

⇒ LONG TERME

DELAI DE REALISATION

⇒ État des lieux et diagnostic avant le 30/6/2001 ;

⇒ Scénarios septembre 2001 ;

⇒ 35 heures janvier 2002.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

⇒ Comité de pilotage.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°5

ACCUEIL DES NOUVEAUX AGENTS

OBJECTIFS

⇒ Étendre à l'ensemble de l'établissement la procédure d'accueil.

METHODE ET MOYENS

⇒ **COURT TERME**

- ❖ Livret d'accueil à finaliser ;

- ❖ Écrire la procédure d'accueil des nouveaux agents (visite de l'établissement, remise du livret d'accueil, définition de fonction, consignes de sécurité, parrainage des agents) ;

- ❖ Diffusion de la procédure à tout l'encadrement ;

- ❖ Une réunion d'information aux nouveaux agents (remplacements d'été) sur l'hygiène (réfèrent hygiène), la sécurité (réfèrent sécurité).

⇒ **MOYEN TERME**

- ❖ Une réunion annuelle d'échanges avec les contractuels.

⇒ **LONG TERME**

DELAI DE REALISATION

⇒ Court terme : test été 2001 puis définitivement janvier 2002 ;

⇒ Moyen terme : printemps 2002.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

⇒ Encadrement.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°6

BILAN SOCIAL

OBJECTIFS

- ⇒ Élaborer un bilan social annuel à la mesure de l'établissement ;
- ⇒ Suivre la réalisation du projet social.

MOYENS

⇒ COURT TERME

- ❖ Mise en place et suivi d'indicateurs : effectifs, pyramide des âges, absentéisme, formation, turn-over, réunion des instances...);
- ❖ Prévoir un CTE sur le suivi du projet social une fois par an ;
- ❖ Adapter en fonction du conventionnement.

⇒ MOYEN TERME

⇒ LONG TERME

DELAI DE REALISATION

- ⇒ Mai 2002.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Responsable du personnel,
- ⇒ Équipe de direction,
- ⇒ CTE.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°7

COMMUNICATION

OBJECTIFS

⇒ Amélioration de la communication transversale dans l'établissement (décloisonner les services).

METHODE ET MOYENS

⇒ COURT TERME

- ❖ Nommer un référent communication ;

- ❖ Nommer un référent médical (coordinateur) ;

- ❖ Ces référents seront chargés de mettre en place un système favorisant la communication transversale.

Principe d'action : faire participer les agents aux différents projets qui les concernent.

⇒ MOYEN TERME

- ❖ Blanchisserie : réunions de service, participation du service à une commission hôtelière, informer régulièrement les agents, les consulter lors de projets les concernant.

⇒ LONG TERME

DELAI DE REALISATION

⇒ Nomination des référents en septembre 2001.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Animateur qualité,
- ⇒ Médecin coordonnateur.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°8

EVALUATION ANNUELLE DES AGENTS

OBJECTIFS

- ⇒ Amélioration de l'évaluation ;
- ⇒ Reconnaissance des mérites ;
- ⇒ Extension de la méthode à tous les services.

METHODE ET MOYENS

⇒ COURT TERME

- ❖ Grille d'auto évaluation, base de l'entretien annuel ;
- ❖ Entretien annuel avec le cadre responsable du service : appréciation ;
- ❖ Transmission au directeur : notation ;
- ❖ Possibilité d'entretien avec le directeur : notation définitive.

⇒ MOYEN TERME

⇒ LONG TERME

DELAI DE REALISATION

- ⇒ Fin d'année 2001.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Équipe d'encadrement.

PROJET SOCIAL - Fiche Action N°9

AMELIORATIONS SPECIFIQUES BLANCHISSERIE

OBJECTIFS

- ⇒ Valoriser le service ;

- ⇒ Améliorer les conditions de travail.

METHODE ET MOYENS

⇒ COURT TERME

- ❖ Former les agents pour formaliser un projet de service.

⇒ MOYEN TERME

- ❖ Nommer un cadre interne au service après formation ;

- ❖ Autres actions (voir GPEC et communication).

⇒ LONG TERME

DELAI DE REALISATION

- ⇒ Court terme : juin 2001 ;

- ⇒ Moyen terme : 2002.

PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET

- ⇒ Équipe de direction.