

C.H.U. DE FORT DE FRANCE

PROJET D'ETABLISSEMENT

PROJET SOCIAL 2006-2010

VOLUME 3



SOMMAIRE

TABLEAUX DE SYNTHÈSE	4
I. CONTEXTE ET METHODE	7
II. ETAT DES LIEUX	8
1. la spécificité des effectifs et les difficultés de recrutement	9
1.1. <i>La spécificité des effectifs</i>	9
1.2 <i>La pyramide des âges et un turnover important</i>	9
1.3 <i>Les Emplois Aidés et le contexte social</i>	10
2. Le temps de travail	11
2.1 <i>Un taux fort d'absentéisme</i>	11
2.2 <i>Le poids des postes aménagés</i>	13
2.4 <i>La mise en place de la RTT au C.H.U.</i>	13
2.5 <i>Les mensualités de remplacement</i>	13
3. La Formation.....	14
4. Le problème de positionnement de l'encadrement.....	14
5. Un effort continue sur le Dialogue social.....	15
6. Le système d'information	15
III. LES AXES DU PROJET SOCIAL	16
1. Une Politique souple de Management.....	17
1.1 <i>Faciliter la cohésion sociale</i>	17
1.2 <i>Améliorer l'intégration des personnels médicaux à la vie sociale du CHU :</i>	17
1.3 <i>Renforcer la politique de communication interne</i>	17
1.4 <i>Favoriser la mise en oeuvre des pôles</i>	19
1.5 <i>Inculquer une culture d'évaluation</i>	20
2. Optimisation des ressources et gestion des compétences	20
2.1 <i>Gestion du temps de travail et des effectifs</i>	20
2.2 <i>La prévention de l'absentéisme en général</i>	21
2.3 <i>Gestion du temps de remplacement</i>	21
2.4 <i>La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G P E C)</i>	22
2.5 <i>La Formation</i>	23
2.6 <i>Evaluation notation et promotion</i>	24
3. L'amélioration des conditions de travail	25
4. L'Ouverture de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant comme un événement fédérateur	26
4.1 <i>Implication et participation des personnels au projet</i>	26
4.2 <i>Souhait de réorganisation - Eviter le déplacement intempestif des soignants et accentuer le professionnalisme</i>	27
4.3 <i>Optimisation des ressources et gestion des compétences</i>	27
4.4 <i>Demandes de moyens complémentaires</i>	27
5. L'évaluation du projet social.....	27

ABBREVIATION

RTT	Réduction du Temps de Travail
GRH	Gestion des ressources humaines
ARH	Agence Régionale Hospitalière
IDE	Infirmier Diplômé d'état
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
ETP	Equivalent Temps Plein
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
DRH	Direction des ressources humaines
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
AT	Accident du Travail
MFME	Maison de la Femme, Mère et Enfant

TABLEAUX DE SYNTHÈSE**POLITIQUE DE MANAGEMENT - « ALLER VERS PLUTOT QUE INVITER A OU ATTENDRE DE »**

Thèmes	Actions
Cohésion sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et communication de règles claires et partagées • Mise en place des instances de concertation • Implication de l'encadrement de proximité et des directions opérationnelles dans la gestion des conflits • Evènements fédérateurs
Changement de culture	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la culture de l'évaluation
Politique de communication interne	<ul style="list-style-type: none"> • La mise à jour du Guide des règles de gestion, • La mise en place d'une boîte aux lettres « Informations Ressources Humaines », • La diffusion de relevés de conclusion des réunions de service ou de réunions transversales, messagerie et l'affichage, • La communication large des notes de service et d'informations importantes, notamment bulletin de salaire.
Gestion des pôles en favorisant le réinvestissement de l'encadrement dans la gestion qualitative et quantitative des Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> ○ la clarification des règles de délégation, ○ l'élaboration au niveau de la Direction de règles communes et l'affirmation des marges de manœuvre au sein des services ○ la mise en place des outils d'évaluation.

OPTIMISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Thèmes	Actions
Gestion du temps de travail et des effectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place système de gestion des horaires • Affiner la quantification des moyens de fonctionnement nécessaire par secteur et par métier
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle procédure d'évaluation mise en œuvre afin d'en faire un outil de reconnaissance du travail effectué • Grandes orientations des procédures d'évaluation et de promotion
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • favoriser l'accès direct à la formation au plus grand nombre d'agents, à la fois par : <ul style="list-style-type: none"> ➔ création d'un centre formation interne ➔ et l'organisation de séminaires de formation sur place, • mettre en œuvre des actions transversales comme : <ul style="list-style-type: none"> ➔ les formations relationnelles, ➔ gestion du budget familial, ➔ surendettement...) ou l'organisation de conférences culturelles sur l'actualité sociale. • « Informer sur la formation »
Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Répertoire des métiers • Anticipation des départs et renouvellement des savoirs • Politique sociale : l'accompagnement

AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Thèmes	Actions
Gestion des risques professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre du projet qualité
Prévention des accidents de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse chaque déclaration d'accident
Prévention de l'absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une commission absentéisme pour l'amélioration de la présence au travail • Concertation avec service concerné par absentéisme fort • Amélioration des contrôles

OUVERTURE DE LA MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Thèmes	Actions
Accompagnement du changement lié	<ul style="list-style-type: none"> • à l'architecture
	<ul style="list-style-type: none"> • aux redimensionnements de certains services
	<ul style="list-style-type: none"> • à la création de nouveaux services
	<ul style="list-style-type: none"> • à la proximité de PZQ Politique de management

I. CONTEXTE ET METHODE

Le C.H.U. a élaboré un projet social dans le cadre du Volet social du Contrat d'objectifs et de moyens (2003-2007). Ce volet social s'articulait autour des principaux thèmes suivants :

- la gestion des ressources humaines (GRH) :
 - gestion du personnel
 - organisation du temps de travail
 - mise en oeuvre de référentiels Qualité
 - amélioration des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité
 - diminution de l'absentéisme
 - amélioration du dialogue social

- la mise en place de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC) :
 - adaptation des emplois et des compétences
 - gestion des fins de carrière
 - suivi de la montée en charge des quotas d'élèves dans les écoles paramédicales
 - participation aux réflexions sur la création d'autres écoles (notamment école de manipulateur radio, écoles dans le secteur de la rééducation : psychomotriciens, orthophonistes ...)
 - programme de formation professionnelle et continue.

Le projet social 2006-2010 est en continuité avec ces grands axes tout en prenant en compte le projet médical et le projet de soins approuvés par les instances en juillet 2005. Il intervient dans un contexte marqué par l'environnement sanitaire au niveau national :

- L'application de la tarification à l'activité (T2A)
- La gouvernance et la mise en place des pôles

Il faut souligner que le CHU a des missions départementales exclusives et d'intérêt général comme l'accueil des urgences pédiatriques, la réanimation pédiatrique, la réanimation néonatale, la réanimation, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie... Ces services doivent fonctionner conformément à la réglementation en vigueur pour la continuité des soins. Il est connu que la valorisation de certains groupes homogènes de séjour « GHS » générés par ces activités n'est pas encore au point.

Dans ce contexte, l'établissement a l'obligation de chercher en permanence les meilleures organisations pour maintenir un équilibre financier entre les dépenses et les recettes et utiliser au mieux les ressources humaines disponibles.

METHODE

Le projet 2006-2010 est donc l'occasion d'actualiser le projet 2003-2007 en prenant en considération les orientations du projet d'établissement dans sa globalité.

Le diagnostic repose sur l'analyse des documents suivants :

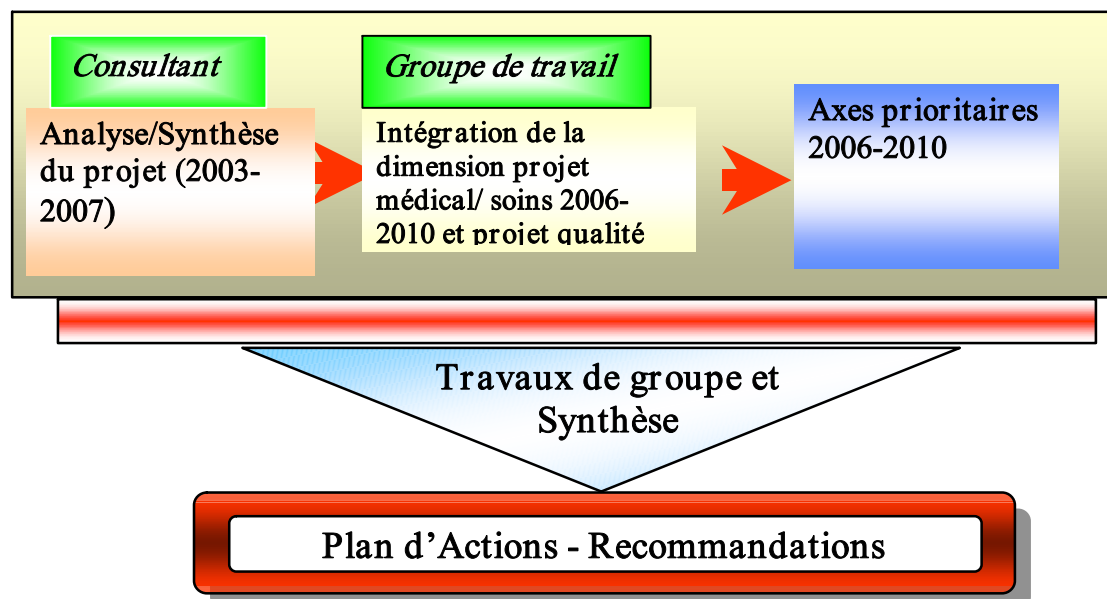
- Contrat d'objectifs et de Moyens version 2 Avril 2003
- Volet social COM
- Audit Climat social Juin 2003
- Plan directeur logistique 01/10/2005
- Politique de Gestion des ressources humaines 21/09/05

- Contrat d'objectifs et de Moyens version 2 Avril 2003
- Volume 2 – Projet médical Juin 2005
- Effectif hors médecin de la Maison de La Femme Mère et enfant
- Organisation générale des soins version Septembre 2005

La démarche a été participative puisqu'elle a permis de dégager une vision commune partagée par l'ensemble des responsables sur les objectifs et les enjeux à court et moyen termes.

La synthèse sur le diagnostic et le bilan social, ainsi que sur les documents constitutifs du projet 2004-2007 dans le cadre des travaux COM a été soumise au comité de pilotage et à un groupe de travail afin d'actualiser le COM en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement approuvées dans son projet médical et de soins.

LA DEFINITION DU PROJET SOCIAL REPOSE SUR UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE (Comité de Pilotage et Groupe de travail)



Les organisations syndicales ont été entendues pour exprimer leur vision.

Sur la base des axes prioritaires dégagés par le groupe de travail, la réflexion au sein des groupes pluridisciplinaires se poursuivra jusqu'en fin 2006 afin d'affiner et d'identifier les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de ces orientations.

II. ETAT DES LIEUX

L'application de la tarification à l'activité (T2A), la gouvernance et la mise en place des pôles ont un impact sur le projet 2006-2010 et notamment sur les aspects concernant les demandes de renforcement des effectifs. Il existe une véritable rupture avec le passé puisqu'on ne peut plus soutenir les demandes de renforcement des effectifs simplement sur la base de « normes » ou de comparaison avec dans d'autres établissements. L'analyse repose désormais

sur le rapport coût-efficacité en relation avec les objectifs et les prévisions de l'activité de tel ou tel secteur ou pôle.

L'état des lieux décrit la situation concernant : les effectifs, la gestion du temps de travail, la formation, l'encadrement, le dialogue social et le système d'information,

1. la spécificité des effectifs et les difficultés de recrutement

Le CHU est soumis aux mêmes difficultés de recrutement que l'ensemble des établissements nationaux, principalement sur certains grades soignants.

A ces difficultés viennent se rajouter des problèmes spécifiques inhérents au CHU :

1. La pyramide des âges avec un vieillissement plus important qu'au niveau national et un faible taux des moins de 41 ans et les importantes prévisions de départs en retraite, auxquelles il faut ajouter un taux de turn-over important
2. La part des emplois aidés liée au contexte social spécifique aux Antilles et à la place du CHU comme le principal employeur de la Martinique
3. les effectifs médicaux, marqués eux aussi par des difficultés de recrutement et un fort nomadisme.

1.1. La spécificité des effectifs

Historiquement le CHU de Fort de France compte plus d'administratifs et de médico-techniques, moins de soignants et moins de techniques en pourcentage de ses effectifs permanents, que la moyenne nationale en raison notamment des spécificités suivantes :

- l'isolement géographique,
- la complexité du suivi administratif des dossiers avec les partenaires extérieurs,
- la part d'activité du CHU effectuée au niveau de la région pour toutes les structures hospitalières (informatique, laboratoires),
- l'absence de recours local notamment sur la permanence d'accueil.

La politique de recrutement du CHU vise à augmenter la proportion des soignants et à stabiliser ses effectifs administratifs et médico-techniques.

L'évolution de certaines organisations telles que la mise en place de démarches qualité, vigilance, gestion des risques, le nombre croissant d'enquêtes et de contrôles et la mise en place des pôles auxquels l'hôpital est soumis nécessitera sans doute un renforcement des temps administratifs supplémentaires.

1.2 La pyramide des âges et un turnover important

La proportion de personnel d'âge inférieur à 40 ans n'est que de 26% au CHU contre 44% en données nationales et 42 % pour un échantillon national de CHU. La moyenne d'âge au CHU est actuellement de 47 ans, contre 44 ans au niveau national. Par ailleurs, on observe :

- le rajeunissement de la tranche de 21-33 ans, résultant des récentes embauches,
- La diminution des tranches supérieures à 57 ans par l'effet des départs à la retraite.

On constate une pyramide des âges en sablier, liée à l'ouverture du CHU il y a 20 ans, mais aussi des pratiques nouvelles de « retour au pays » des martiniquais de métropole.

Le déséquilibre préoccupant de la pyramide des âges constaté, a des conséquences sur l'absentéisme maladie, les accidents de travail, les demandes d'aménagement de poste et le reclassement professionnel.

Le turn over important du personnel se traduit par un nombre total de départs constatés deux fois supérieur aux départs en retraite motivé par la limite d'âge. Ces départs se font prioritairement chez les soignants.

Ce besoin de renouvellement en personnel renforce l'importance de la politique de recrutement et de l'attractivité des projets du CHU sur un marché de l'emploi soignant déficitaire et concurrentiel.

1.3 Les Emplois Aidés et le contexte social

On note une proportion d'emplois aidés plus importante au C.H.U. que celle observée nationalement. Elle résulte de deux demandes fortes :

- ❑ la demande faite au CHU en tant qu'acteur important dans le domaine de l'emploi de participer massivement à l'insertion des populations,
- ❑ la demande des responsables des services de voir suppléer le manque d'effectifs ou l'absentéisme par un renfort en emplois aidés (ex : secrétariats médicaux avec les CEC).

Du fait des conditions d'accès aux emplois soignants et de la réduction des recrutements sur les autres emplois, ***la plupart des Emplois Jeunes*** a été affectée dans les services techniques, logistiques et administratifs (maintenance, informatique, laboratoires, services économiques et directions fonctionnelles).

Les CEC sont pratiquement tous affectés en renfort dans les secrétariats médicaux.

Les CIA sont pratiquement tous affectés sur des activités liées à l'accompagnement des patients ou au transport et à la manutention intra et inter-services.

D'une manière générale, un effort important de formation pour l'accès aux écoles paramédicales et la professionnalisation continue d'être effectué.

Le CHU devra se déterminer rapidement par rapport à l'entrée dans les nouveaux dispositifs d'emplois aidés (CAE et CAV)

1.4 Les effectifs médicaux

Le personnel médical du C.H.U. de Fort de France est composé de :

<i>GRADE</i>	<u>EFFECTIF PAYE</u> <i>AU 31/12/2005</i>
PUPH	8
MCUPH	2
CHEF DE CLINIQUE	5
PH TEMPS PLEIN	155
PH TEMPS PARTIEL	14
PRATICIEN ATTACHE	43
PRATICIEN CONTRACTUEL	49
PAC	1
ASSISTANTS	44
INTERNES	91
TOTAL	412

2. Le temps de travail

Des travaux effectués pour un calcul théorique des effectifs nécessaires pour la ***couverture des services à activité constante*** montrent que le nombre de postes autorisés du CHU ne lui permet pas de compenser le besoin en effectif pour assurer la couverture normale des services. Dans la nouvelle réglementation sur la T2A, d'autres règles doivent être mis en place.

A ce déficit s'ajoutent des facteurs aggravants :

- *l'absentéisme* et *le poids des postes aménagés* qui sont importants au CHU
- *la mise en place de la RTT au C.H.U.* qui a eu un impact important sur les effectifs et a accentué le problème de la rareté pour certaines catégories, notamment chez les soignants.
- la nécessité de continuer à couvrir les services en repos variable, en plus de l'effet RTT et l'augmentation de l'absentéisme ont conduit à des mensualités de remplacement important.

2.1 Un taux fort d'absentéisme

L'absentéisme augmente d'une année sur l'autre en relation avec :

- la moyenne d'âge élevée du CHU avec une difficulté croissante à supporter la pénibilité d'un métier exercé depuis de longues années,
- la tension sur les plannings et les effets secondaires des réorganisations liées à la préparation et à la mise en oeuvre des 35 heures,
- les retards d'investissement et le manque de ciblage des actions d'amélioration des conditions de travail au CHU sur les causes d'accident de travail (Victor Fouche, CEV, Cuisine...)
- les évolutions sociales dans l'utilisation des arrêts de travail de courte durée, quand le planning ne le permet pas

L'analyse des données montre que :

- Les congés de maladie sont en augmentation et sont liés à l'âge
- Les congés de longue maladie (CLM) – Congé de longue durée (CLD) sont plutôt stables
- Les maladies professionnelles en nette augmentation sont souvent liées à des nouvelles pathologies
- Les accidents de service sont en forte augmentation

L'absentéisme lié aux accidents de service est en forte augmentation. Le taux de gravité des accidents de service est de 1,16 % ce qui reste très élevé par rapport à la moyenne nationale (0.8 %).

La durée moyenne des jours perdus pour accident de service est plus importante pour les rechutes que les accidents de travail de l'année.

Pour faire face aux difficultés quotidiennes occasionnées par l'évolution de l'absentéisme, plusieurs types de projet ont été lancés.

- Un audit de la souffrance exprimée au travail a été réalisé par un cabinet extérieur, de façon à faire ressortir des marges de manœuvre sur l'organisation du travail, mais aussi sur la motivation des agents, sur le règlement des conflits au sein des équipes, sur l'évaluation et la répartition des charges de travail.
- Parallèlement, la couverture des services a été améliorée par la montée en charge des Services infirmiers de compensation de suppléance (SICS).
- Enfin, la mise en œuvre du décret du 5 novembre 2001 sur l'évaluation des risques professionnels permettra au CHU de disposer de document unique d'évaluation des risques professionnels.

En conclusion sur l'absentéisme

Il existe une augmentation régulière de l'absentéisme maladie, AT, maladie professionnelle, de courte comme de longue durée, et notamment une banalisation des absences imprévues, annoncées au dernier moment.

La mise en place des 35h n'a pas diminué l'absentéisme comme on pouvait l'espérer. Elle a au contraire contribué à l'augmenter à cause de l'insatisfaction et la frustration qu'elle a occasionnées liées au manque de moyens permettant de compenser les 10% de RTT, et au sentiment de surcharge au travail dans les équipes.

Cette évolution de l'absentéisme a un impact direct sur la continuité des soins, la couverture des services, le respect des plannings établis (congés et repos programmés, durée de travail) et donc le confort de vie des agents présents.

Cependant, il faut noter que l'absentéisme est un phénomène restreint dans l'établissement. Après analyse, 50% des agents ne comptent aucune absence sur l'année. 66% des agents ont moins d'une absence sur l'année, alors que 6% d'entre eux comptent plus d'une absence par mois. 80% des agents comptent moins de 10 jours d'absence sur l'année, soit moins des 10% d'absentéisme communément admis. A contrario, 5% des agents cumulent 33% des absences, 10% cumulent 57% des absences et 20% des agents totalisent 76% des absences. Il est donc essentiel d'avoir une analyse ciblée et qualitative.

2.2 Le poids des postes aménagés

Les aménagements de poste sont en augmentation, et suivent en cela une évolution parallèle à celle des accidents de service. Rapporté au nombre de permanents du CHU, le taux de postes aménagés est de 9% sur les soignants et 6% sur l'ensemble des personnels permanents.

La moyenne d'âge des agents en aménagement de poste est de 50 ans, ce qui correspond à un chiffre supérieur à la moyenne d'âge du CHU.

Les aménagements de poste sont principalement liés à des limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur (66 % des cas).

La mutualisation des efforts pour employer au mieux les agents concernés, ainsi que l'implication de tous les personnels des services doit amener d'une part, à une prise en charge commune du problème, d'autre part, à renforcer la responsabilité des agents concernés vis à vis de la collectivité.

2.4 La mise en place de la RTT au C.H.U.

Les effectifs permanents du CHU avant RTT tels qu'ils ressortent du diagnostic préalable sont de 2 469 ETP, dont 1 664 en roulement. Le temps de travail effectif avait été estimé à 38h 42 sur l'ensemble des services, dont 38h 57 sur les services de soins.

Si la réflexion sur la mise en place de la RTT a permis une harmonisation du planning et des outils de gestion, elle ne s'est pas traduite par un réel effort de réorganisation. Cela a entraîné :

- Des dysfonctionnements internes
- La non satisfaction de certains droits des agents se traduisant par une augmentation de l'absentéisme qui est passé de 10% à 15%.

2.5 Les mensualités de remplacement

Le nombre d'ETP payés en mensualités de remplacement augmente chaque année, notamment depuis les 35 heures et représente en 2002 13,5 % des effectifs autorisés soit des dépenses constatées en mensualités de remplacement sur 2002 s'élevant à 14 413 701 euro, soit 1 201 142 euro par mois.

L'importance du ratio des mensualités de remplacement consommées est à rapprocher :

- D'un recours aux heures supplémentaires très faible,
- D'un ratio poste autorisés / nombre de lits bien inférieur aux moyennes des CHU (données issues des bilans sociaux des établissements).

La politique actuelle de remplacement vise à permettre aux agents de prendre une partie de leurs absences de droit (congrés annuels) et de longue durée (maternité, CLM/CLD) sans que cela n'occasionne systématiquement une perturbation dans les services.

A cet effet, une action de planification des congés de droit a été entreprise dans les services, avec l'établissement d'un plafond de prise de congés simultanément par grade en fonction de l'effectif du service.

La planification des congés qui vise à les étaler sur l'année se fait en concertation entre les agents et avec leur encadrement. Malgré cela, les services de soins sont fréquemment en situation de demander des reports de congés pour leurs agents par nécessités de service. Seuls, les congés planifiés et annulés à la demande de l'encadrement peuvent faire l'objet de reports.

Il faut souligner que la gestion des mensualités de remplacement doit avoir des objectifs de couverture des services, et non pas de taux de remplacement des absences, à partir de deux principes :

- Définir l'effectif nécessaire au fonctionnement du service par vacation pour en déduire le besoin en remplacement.
- Attribuer une vacation de remplacement pour maintenir ou améliorer la couverture du service et non pas pour remplacer tel ou tel agent.

3. La Formation

Le CHU effectue chaque année un effort de formation important d'environ un million d'euro en frais de formation et 3,5 millions d'euro en rémunération. Ces dépenses représentent en moyenne 3,5 % de la masse salariale brute chargée, soit un niveau supérieur à la moyenne nationale qui est de 3%. Elles représentent 1 740 euro par agent permanent du CHU.

Le poids des rémunérations dans la formation (78 %) est plus important que la moyenne nationale (60 %) d'une part, par la prise en compte de la prime de vie chère, d'autre part, par l'effet de l'éloignement sur les temps de formation.

Les formations réalisées

- en Martinique représentent 83 % du nombre de jours, 76 % du coût total et 59 % du coût de formation
- en Métropole représentent 17 % du nombre de jours, 39 % du coût total et 23 % du coût de formation.

Par ailleurs, il est important de noter que si les actions de formation sont validées par la Commission Formation de la CME, il n'existe pas au CHU de Plan de formation médicale.

4. Le problème de positionnement de l'encadrement

Actuellement certains des acteurs centraux du fonctionnement des services ne sont pas suffisamment associés aux réflexions et aux concertations sur le fonctionnement des services en matière de GRH. Il est important d'impliquer systématiquement les circuits hiérarchiques et fonctionnels normaux (médecins, chefs de service, cadres, directeurs) dans les démarches entreprises et les problèmes à résoudre.

Par ailleurs, le temps consacré à la gestion des effectifs et des plannings ne permet pas aux cadres de s'investir dans les projets de services.

Le travail de renforcement du rôle des cadres a été commencé notamment sur la validation des besoins de formation, la gestion des absences et des remplacements, l'évaluation des agents à l'occasion des avancements et des mises en stage. Ce travail de terrain doit s'accompagner de

formations sur le rôle et le positionnement du Cadre de proximité dans une organisation particulièrement complexe.

L'encadrement bénéficie déjà de formations à la gestion de groupe, au management, à l'animation. Mais le programme devra sans doute être encore adapté, afin d'insister davantage sur les points fondamentaux, notamment la gestion des conflits, l'exercice de l'encadrement et la responsabilisation ainsi que la gestion du stress.

5. Un effort continue sur le Dialogue social

Il existe une volonté de promouvoir un dialogue social de qualité et une participation active des agents à la vie de l'établissement, notamment par le biais des modes de représentation du personnel, dans un cadre légal, en évitant les rapports de force.

Le dialogue social au CHU est donc une préoccupation constante, étant donné la complexité inhérente à toute structure hospitalière et le nombre d'agents. Il nécessite donc de tous les intervenants la plus grande vigilance pour instaurer un **climat de confiance** impératif dans tout projet d'évolution des organisations.

Chaque année environ 120 réunions ou rencontres sont organisées entre la direction et les organisations syndicales, sur des sujets individuels ou collectifs, liés à la résolution de problèmes ou à l'élaboration de nouvelles règles de fonctionnement.

Il a été instauré une **réunion mensuelle** avec chacune des trois organisations syndicales alternativement pour assurer le suivi des dossiers individuels relayés à cette occasion.

Des **audiences** sont régulièrement organisées, à l'initiative des organisations syndicales, des services ou de la direction en dehors des instances réglementaires.

Une **procédure d'alarme sociale et de prévention des conflits** peut être mise en œuvre lorsqu'une ou plusieurs organisations syndicales, ou une Direction identifie un problème susceptible d'engendrer un conflit.

Par ailleurs, il existe peu de conseil de service et peu de réunion de service. Or les chevauchements ne permettent que l'échange autour du patient et non autour de la vie du service.

6. Le système d'information

Le Système d'Information actuel de la fonction ne répond plus de façon satisfaisante à nos besoins d'analyse et de traitement de l'information.

L'évolution du système d'information sur les trois prochaines années facilitera les échanges d'informations et leur analyse à tous les niveaux inclus au sein des services.

III. LES AXES DU PROJET SOCIAL

En préalable du développement des axes du projet social, il est important de rappeler les valeurs et les missions du C.H.U. auxquelles l'ensemble du personnel est profondément attaché et qu'on peut résumer ainsi :

« Professionnels Hospitaliers, compétents, responsables et solidaires au service de la personne soignée pour en assurer le bien être physique et mental par un accueil et des pratiques professionnelles adaptées dans le respect des autres et de soi-même. »

Ces valeurs et ces missions fondamentales constituent la toile de fond du projet social dont les axes ont été élaborés dans le cadre d'une démarche participative. Un comité de pilotage élargi à un groupe de travail pluridisciplinaire a dégagé les actions à mener et les projets prioritaires.

Le choix des axes du projet social 2006-2010 est ainsi l'aboutissement d'une réflexion concertée à partir des importants travaux sur l'état des lieux élaboré par la direction des ressources humaines. Les tendances observées dans les données ayant servi à la préparation du contrat d'objectifs et de moyens 2004-2007 restent d'actualité.

Le projet social s'articule ainsi autour de 5 axes :

1. Une politique harmonieuse de Management des ressources pour mettre en œuvre les réformes tout en favorisant le dialogue social
2. Un plan d'optimisation des ressources et de gestion dynamique pour adapter les compétences aux besoins
3. Des actions pour l'Amélioration des conditions de travail
4. Un accompagnement des changements liés à l'Ouverture de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant
5. Une évaluation du Projet Social et sa mise en œuvre.

Le système d'information a un rôle fondamental dans la mise en œuvre de la plupart des axes. Une collaboration étroite avec le département du système d'information est nécessaire pour mettre en place et moderniser les outils dans le cadre du projet 2006-2010. Les priorités portent sur :

- Le remplacement d'ALIENOR (gestion administrative et statutaire des agents),
- le système de gestion provisionnelle des emplois et des compétences (compatible avec le remplacement d'ALIENOR), en lien avec le répertoire des métiers.
- l'option d'enregistrement automatisé des horaires (avec les terminaux dans les étages),
- la liaison du logiciel de gestion de la formation à celui de la gestion du personnel, le système de gestion des contractuels de remplacement.

La phase d'évaluation a également une place prépondérante dans le projet social. Là aussi une collaboration étroite avec la cellule qualité facilitera la mise en œuvre effective des outils nécessaires à la préparation de la version 2 de l'accréditation.

1. Une Politique souple de Management

La mise en œuvre des orientations stratégiques 2006-2010, arrêtées par le projet d'établissement, dans un environnement complexe de « réformes » a conduit au choix d'une politique de management des ressources qui tend à :

1. Faciliter la cohésion et le dialogue social tout en appliquant progressivement les réformes exigées par les textes
2. Améliorer l'intégration du personnel médical à la vie sociale du C.H.U.
3. Renforcer la politique de communication interne et externe
4. Favoriser la mise en œuvre des pôles
5. Inculquer et généraliser la culture de l'évaluation.

1.1 Faciliter la cohésion sociale

Cette cohésion repose sur le renforcement du dialogue social et des événements fédérateurs.

L'environnement complexe, les réformes hospitalières multiples et concomitantes ainsi que les exigences des usagers, génèrent des difficultés croissantes des individus à trouver par la concertation une façon de vivre ensemble leurs différences. Les conflits sont ainsi croissants et nécessitent souvent l'intervention de la direction en tant que médiateur.

Dans ce contexte, l'amélioration du climat social par le dialogue social est une des priorités de la politique de Gestion des Ressources Humaines et les représentants du personnel sont des partenaires de ce dialogue social. **Les actions à mener visent à prévenir le conflit par :**

- o la définition et la communication de règles claires et partagées
- o l'amélioration de la concertation au niveau des unités de production avec notamment la création d'une structure d'échange entre les cadres (collège ou autre...)
- o le renforcement du rôle de l'ensemble de l'encadrement de proximité et des directions opérationnelles dans la gestion et l'anticipation des conflits à leur origine.

1.2 Améliorer l'intégration des personnels médicaux à la vie sociale du CHU :

Cette meilleure intégration passe par

- o l'intégration des données relatives au corps médical dans le bilan social,
- o l'organisation d'un accueil commun ou spécifique des nouveaux arrivants, qui est déjà réalisé pour les nouveaux internes avec un guide et pour le personnel non médical par une journée d'accueil des nouveaux arrivants.
- o une systématisation des visites médicales d'embauche,
- o la recherche de compétences linguistiques.

1.3 Renforcer la politique de communication interne

La communication interne est le vecteur, le support et l'outil du projet social et de l'évolution de la gestion des ressources humaines. Le renforcement de la communication contribue à améliorer le climat social de l'établissement.

Concrètement il s'agit, **d'informer régulièrement** les agents sur le suivi de leurs dossiers individuels, sur leurs évolutions de carrière, sur leur rémunération et sur le fonctionnement général de leur Direction du Personnel.

La communication doit être adaptée systématiquement aux différents partenaires différents, les agents, les cadres, les chefs de service et les organisations syndicales, la tutelle (ARH, DASS) et les autres partenaires extérieurs. Chacune de ces cibles sera traitée de façon particulière, avec les moyens appropriés.

L'élargissement du champ de l'information concernera également l'actualité sanitaire, sociale, économique pour donner aux agents les éléments de compréhension de leur environnement et des conséquences sur le travail. Ces informations sur l'environnement favoriseront l'ouverture du CHU et ses agents sur la société.

Les actions actuellement menées seront maintenues:

- La mise à jour du Guide des règles de gestion avec des protocoles de communication
- La mise en place d'une boîte aux lettres « Informations Ressources Humaines »,
- La diffusion de relevés de conclusion des réunions de service ou de réunions transversales par la messagerie et l'affichage,
- La communication large des notes de service et d'informations importantes, notamment avec le bulletin de salaire.

Le projet 2006-2010 élargit le champ de la communication interne aux agents pour couvrir des sujets variés comme : les enjeux de la GRH, les projets en cours, les démarches périodiques de gestion (notation, avancement...) et le quotidien de la direction du personnel.

La finalisation et la diffusion d'une **feuille mensuelle « Information Ressources Humaines »** va dans ce même sens.

En plus de ces actions générales, **l'écoute directe** des personnels pour mieux répondre à leurs attentes sera renforcée :

- **Au niveau des agents**, par les entretiens sur des questions individuelles pour maintenir un lien direct avec eux. Les réunions de service sont également des occasions privilégiées pour faire remonter des revendications individuelles.
- **Au niveau des organisations syndicales** qui se font souvent le porte-parole des revendications individuelles d'un agent ou d'une catégorie d'agents qui exprime une revendication collective.

Il faut par ailleurs souligner que les **enquêtes** ont lieu de façon ponctuelle sur des questions essentielles. Mais la lourdeur du processus ne permet pas de les multiplier.

Pour développer cet axe, Il est essentiel d'établir des **règles de communications claires** afin de renforcer la communication interne.

1.4 Favoriser la mise en oeuvre des pôles

Le projet médical a initié le regroupement de l'ensemble des secteurs en pôles qui seront progressivement mis en place jusqu'en 2007 sur l'ensemble du CHU. 12 pôles regroupant environ une soixantaine de services sont actuellement dénombrés.

Les objectifs des pôles devront être définis ainsi que le contenu de la délégation de gestion qui servira de base à la conclusion des contrats des pôles.

D'une manière générale, les projets de pôles seront l'occasion:

→ D'inclure dans l'organisation un mode de gestion participatif en créant les conseils de pôles afin de favoriser le dialogue

→ De définir des objectifs quantifiés, évalués et réajustés pour favoriser la contractualisation et le suivi des projets de pôle.

Ce regroupement en pôle favorisera le décloisonnement, la mobilité et la transversalité tout en maintenant les circuits hiérarchiques et fonctionnels normaux (médecins, chefs de service, cadres, directeurs) dans les démarches entreprises et les problèmes à résoudre.

Ce nouveau mode d'organisation professionnelle nécessitera un accompagnement et un suivi, **tant pour les personnels médicaux que non-médicaux** et ce notamment pour le fonctionnement futur du pôle et de ses instances (Responsables de pôle, Bureau de pôle, Conseil de pôle).

A cette occasion, un **repositionnement de l'encadrement dans la gestion qualitative et quantitative des Ressources Humaines** sera initié dans les domaines tels que :

- le recrutement,
- l'appréciation et l'évaluation des personnels,
- la détermination des objectifs de progrès individuels et par équipe,
- le choix et l'évaluation des actions de formation,
- l'évaluation des stages, des titularisations et des avancements de grade,
- la gestion des reclassements professionnels et des aménagements de poste,
- l'hygiène, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail,
- la gestion des conflits individuels,
- la communication interne à l'équipe.

La mise en œuvre s'attachera à :

- la clarification des règles de délégation,
- l'élaboration au niveau de la Direction de règles communes et l'affirmation des marges de manœuvre au sein des services
- la modification des règles de gestion et de contractualisation
- la mise en place de nouveaux profils de postes
- le management des projets
- la mise en place des outils d'évaluation.

1.5 Inculquer une culture d'évaluation

Il est important d'inculquer et de généraliser au sein du C.H.U. une culture de management par la qualité et par projets.

La multiplication des projets et leur complexité impliquent la généralisation et le renforcement des évaluations qui s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations. La mise en place des nouvelles réformes sur la gouvernance et la tarification à l'activité seront l'occasion de renforcer cette culture initiée lors de la première accréditation.

Par ailleurs, cette dynamique de changement de culture doit inciter l'ensemble du personnel à « **aller vers** plutôt que **d'attendre de** ».

Ce changement de culture passera également par l'organisation de conférences culturelles sur l'actualité sociale.

En ce qui concerne l'intégration et le partage de la culture interne au C.H.U. **par le corps médical**, il est nécessaire de poursuivre l'information de ce dernier sur la vie hospitalière.

Ce partage d'information passe notamment par une revitalisation du débat en CME, lieu d'expression naturel des souhaits, mais aussi des inquiétudes du corps médical. Dans le cadre des pôles, cela peut se réaliser grâce à un meilleur fonctionnement des conseils de pôles, les conseils de service n'ayant pas donné les résultats escomptés.

L'intégration et le partage d'information devraient aussi être améliorés avec la création du Conseil Exécutif, organe stratégique et paritaire associant une représentation médicale aux décisions les plus importantes de l'établissement.

2. Optimisation des ressources et gestion des compétences

Cette optimisation passe par une amélioration :

1. de la gestion du temps de travail et ses conséquences,
2. de la prévention de l'absentéisme
3. de la gestion des temps de remplacement
4. de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
5. de la politique de formation
6. des outils d'évaluation et de notation

2.1 Gestion du temps de travail et des effectifs

Il s'agit d'améliorer le système de gestion des horaires et les remplacements.

A présent, les agents pratiquent **des horaires** à la carte, sans outils de gestion adaptés. Dans les services de soin, les aléas de gestion des plannings se traduisent souvent par des tableaux de service réalisés bien différents des plannings élaborés, et une gestion des éléments variables de paie difficile. Actuellement, c'est le cadre qui corrige les informations en fonction des modifications du tableau de service ce qui augmente le risque d'erreurs.

La *mise en place d'un système d'enregistrement automatisé des horaires* qui assure aux agents la traçabilité de leurs horaires et la transparence de leur déversement dans la paie améliorerait le recueil des informations. Les agents auraient ainsi l'assurance que leurs horaires effectués, dimanche et jours fériés compris, seraient directement déversés dans la paie.

Ce système d'enregistrement des horaires permettrait en plus la mise en place d'un horaire décalé, avec des plages horaires variables propres à certaines activités. Ce système de compteur assurerait automatiquement aux agents la traçabilité de leurs droits à récupération, tant en jours fériés, qu'en débit/crédit horaire.

Les modalités de mise en œuvre effective de ce projet feront l'objet d'une large consultation de l'ensemble du personnel, avant d'être discuté avec les organisations syndicales, puis soumis aux instances.

2.2 La prévention de l'absentéisme en général

L'objectif de ramener le taux d'absentéisme à 10% est une priorité dont la mise en œuvre nécessite une mobilisation générale.

Nous allons développer d'une part, une identification des agents et des services particulièrement concernés avec la mise en place d'une démarche d'accompagnement spécifique. D'autre part des mesures de désincitation liées au renforcement des contrôles et à la rémunération des agents (impact sur la prime de service).

Cette démarche consiste à **la mise en place d'une commission absentéisme à géométrie variable, rencontrant les agents les plus absents, les services les plus concernés et proposant des mesures d'accompagnements individuels et collectifs.**

Les services les plus concernés se verront proposés la mise en place d'un groupe de travail au sein du service travaillant sur des mesures collectives de réduction de l'absentéisme. Ils seront accompagnés d'un facilitateur extérieur au service.

L'amélioration des contrôles passera par

- l'élargissement du contrôle médical à domicile, éventuellement la mise en place d'un contrôle administratif de la présence au domicile,
- et enfin le renforcement de la visite auprès de la médecine du travail pour les agents ayant des absences de courte durée, répétitives.

2.3 Gestion du temps de remplacement

Les agents hospitaliers bénéficient de droit à congés annuels, à récupération de jours fériés, à RTT, à congés exceptionnels, à congés formation... Le recours à des contractuels de remplacement est inévitable mais le turn-over trop élevé des agents de remplacement dans les services est souvent préjudiciable au confort du patient, à la qualité du service rendu et à la sécurité de fonctionnement des équipes.

La mise en place des pôles favoriserait un fonctionnement autonome avec des moyens de remplacement objectifs et dédiés pour réduire le turn-over des soignants auprès du patient et pour faciliter la gestion des plannings de remplacement.

Pour y parvenir, il faudrait en préalable **quantifier les moyens de fonctionnement nécessaire par services et par métier, sur la base des plannings approuvés** pour en déduire les moyens de remplacement nécessaire par grand secteur d'activité ou bientôt par pôle (urgences, réanimation-brûlés, blocs,...). Cette quantification passe par une généralisation des études de charges de travail mais également par une harmonisation des règles et des horaires sur l'ensemble des services qui ne sont pas en roulement.

La déconcentration de la gestion des remplaçants, à un niveau qui devra être précisé, favoriserait la gestion du temps. Elle devrait s'accompagner d'un engagement des équipes en place pour gérer leurs absences et leurs remplacements dans le cadre défini en concertation.

Par ailleurs, la constitution de pools de remplaçants titulaires sur chaque site permettrait de fidéliser le personnel sur des métiers déficitaires (IDE...), et sur des organisations contraignantes (équipes fixes de nuit). Les autres métiers non déficitaires peuvent continuer à fonctionner avec des contractuels de remplacement.

2.4 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)

Les déséquilibres du marché de l'emploi dans le secteur sanitaire, la démographie des établissements, l'évolution technologique accélérée des activités hospitalières, l'environnement économique et social de l'hôpital, font de la gestion de l'emploi un enjeu majeur de la stratégie de l'hôpital. Les missions de pointe souvent exclusives obligent le CHU à mettre en place une GPEC dynamique pour anticiper les écarts entre l'évolution souhaitée des activités et les ressources disponibles.

Les actions 2006-2010 seront mises en place avec:

- l'utilisation d'une base de donnée GPEC permettant de créer un lien entre la base du personnel et le répertoire des métiers élaboré par le Ministère.
- l'anticipation des départs et le renouvellement des savoirs
- la prise en compte de l'évolution des métiers avec la création de métiers nouveaux
- l'anticipation de la gestion des carrières
- L'accompagnement et évaluation.

Un travail important de collecte d'information pour **établir une base de données de GPEC** sur les métiers exercés et les compétences spécifiques à chaque poste de travail, est une étape préalable. Ce travail nécessitera non seulement l'implication de toute la chaîne hiérarchique des services mais également la mise en place d'un outil de gestion informatisé des postes, des métiers et des compétences de l'établissement.

Le nouveau répertoire des métiers élaboré par la DHOS servira de base à la GPEC qui dépasse la notion traditionnelle de grade pour aller vers la reconnaissance de la diversité des activités et des compétences mis en œuvre.

La deuxième étape, consistera à mettre en place les modalités **d'anticipation et de mise à jour de la base métiers/compétences à partir de référents par métiers** dans les différents secteurs. Ainsi, chaque activité nouvelle, de même que chaque activité en voie de disparition,

et chaque départ de personnel induira un écart immédiat entre les compétences souhaitées et les compétences disponibles, et donc la mise en place de mesures correctives.

La troisième étape, consistera à mettre en place **la structure d'analyse et de décision pour définir les mesures correctives** souhaitées/possibles, ainsi que de leurs interactions avec la stratégie de l'établissement.

En ce qui concerne **les personnels médicaux**, il est important de développer une gestion prévisionnelle reposant sur :

- Une exploitation des tableaux de service du personnel médical
- Des tableaux de bord regroupant des données statistiques, notamment sur une meilleure appréciation du turn-over,
- la mise à jour des dossiers et des qualifications des praticiens
- le développement de lien entre recrutement et activité des services.

2.5 La Formation

La formation continue a pour principal objectif de réduire les écarts entre les attentes d'un poste et les compétences de l'agent. Elle permet d'améliorer les compétences de l'agent à son poste de travail, ou d'anticiper les évolutions de celui-ci. Elle est donc prioritairement liée à un processus d'évaluation de l'agent et à une anticipation des évolutions de son activité.

Les besoins de formation exprimés par les agents et les services sont sans commune mesure avec les budgets de l'établissement. Le dernier recensement généralisé des besoins en formation a ainsi été évalué en une seule fois à 5 années budgétaires.

De ce fait, les orientations 2006-2010 visent à optimiser le plan de formation en fonction des enjeux majeurs de l'établissement tout en assurant à chaque service des possibilités de formation en cohérence avec le plan pluriannuel de formation:

Cela passe par :

- **l'accès direct à la formation au plus grand nombre d'agents**, à la fois par :
 - le développement d'un réseau de formateurs internes à l'établissement en créant un centre formation interne
 - et l'organisation de séminaires de formation sur place, en finançant le déplacement d'un formateur pour 20 stagiaires sur place. Ce financement pourrait être partagé avec d'autres établissements ou passe par l'organisation de stage confiée au SIH
- **des actions transversales comme :**
 - les formations relationnelles,
 - gestion du budget familial,
 - surendettement...
- **la valorisation des acquis** avec accompagnement
- **l'évaluation de l'impact des formations** au sein des services
 - mise en place de critère d'évaluation des formations
- **l'information sur la formation** » aussi bien sur
 - le plan de formation
 - le budget formation et sa répartition

- la réponse aux demandes

C'est désormais au niveau des pôles que les besoins de formation seront évalués afin d'assurer leur cohérence avec les objectifs de mobilité au sein des services et entre les pôles.

La mise en place d'un plan de formation pour **le personnel médical** permettrait en parallèle de posséder une plus juste appréciation des besoins, une prévision des actions et des crédits nécessaires et un bilan plus positif dans ce domaine.

2.6 Evaluation notation et promotion

L'évaluation des agents - titulaires ou contractuels, permanents ou remplaçants - est le point focal de la gestion des ressources humaines qui donne du sens à l'activité et à l'implication de l'agent dans son travail, tout comme à la communauté du travail en équipe. A ce titre, l'entretien d'évaluation occupe une place particulière parce qu'il est le lieu d'échange avec les agents sur leurs pratiques, leurs motivations, les difficultés qu'ils rencontrent, leurs souhaits d'évolution. Suivis d'effet, ils contribuent à restaurer la confiance des agents dans le fonctionnement de l'institution.

Les rôles déterminants de l'encadrement hiérarchique et opérationnel et de la direction de rattachement sont réaffirmés dans la démarche d'évaluation, considérée comme un moyen privilégié d'accompagnement réciproque des agents et des cadres tout au long de leur carrière.

Pour le projet 2006-2010, les outils ou les nouveaux supports mis en place dans les services permettraient de :

- sortir du système démotivant de la notation à l'ancienneté,
- redonner à la prime de service son caractère de reconnaissance de l'implication au travail plutôt que d'en faire une prime à l'ancienneté (l'augmentation d'échelon étant déjà une prise en compte de l'ancienneté),
- distinguer les avancements de grade sur le même poste des avancements liés à une évolution des responsabilités à l'occasion d'un changement de poste, pour mieux adapter les profils aux besoins
- intégrer l'évaluation comme base de réflexion lors des CAPL d'avancement de grade

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place sur les critères de notation, d'avancement de grade et de répartition de la prime de service et va continuer ses travaux en 2006 afin de définir un plan d'action.

La démarche d'évaluation doit être particulièrement renforcée lors du recrutement et notamment dans la sélection des candidats à la fonction d'encadrement. Lors du recrutement sur un poste de niveau supérieur, l'examen de critères comme : le profil professionnel, l'expérience, les diplômes et les évaluations de l'agent candidat, devrait primer sur les critères d'âge, de note et d'ancienneté.

De surcroît, la fonction d'encadrement nécessite, en plus de la maîtrise du métier, des qualités relationnelles spécifiques d'entraînement des équipes qui ne sont pas forcément celles de l'expertise dans la fonction exercée. La dimension management des équipes est aussi essentielle que l'expertise technique. Le fait de choisir un cadre n'ayant pas cette dimension le met lui-même en difficulté, ainsi que l'équipe qu'il encadre. Pour éviter ces situations délicates, la sélection des cadres devrait s'effectuer systématiquement sur la base d'un bilan de compétence.

D'une manière générale, les futurs cadres pressentis pourraient d'abord occuper le poste comme faisant fonction comme c'est le cas chez les soignants afin de confirmer leur projet professionnel avant de les engager dans un processus de formation contraignant et coûteux.

3. L'amélioration des conditions de travail

Dans le projet 2006-2010, l'amélioration des conditions de travail s'attachera en priorité à :

- préserver la santé au travail des agents
- soulager les souffrances du personnel en lien avec la médecine du travail
- évaluer les risques d'accidents du travail par une meilleure gestion des risques professionnels qui constitue l'un des principaux axes du projet qualité.

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels sera un outil précieux de recensement des risques et définition des actions correctives et préventives à mettre en place.

La prévention des accidents de service (AS)

Le nombre d'absence pour AS s'élève à 50 ETP annuels. Cette situation est préoccupante, tant pour la santé de nos agents que pour celle de l'établissement.

La prévention des AS passera aussi par une gestion des risques professionnels afin de prévenir une grande partie des accidents du travail (AS).

Il s'agit de redonner à l'accident du travail son caractère exceptionnel en analysant de manière spécifique chaque déclaration d'Accident, à des fins de prévention et de reconnaissance de responsabilité.

S'agissant soit d'un nouvel AT ou de rechute, le directeur concerné sera avec les services fournisseurs compétents chargé de mettre en œuvre les mesures visant à prévenir la répétition du même type d'accident.

Un recueil des AS survenus sur la période sera régulièrement présenté au CHSCT et communiqué aux directions et services.

Par ailleurs, certains agents sont en absence pour AS à temps plein depuis de nombreuses années. Un effort particulier sera déployé pour les ramener au travail, si besoin par le biais de reclassements professionnels, via la commission aménagement des postes et risques professionnels. En cas d'échec ou d'impossibilité, et après expertise médicale, le statut prévoit des modalités de mise à la retraite pour invalidité qui seront appliquées.

D'une manière générale, une évaluation de la politique d'amélioration des conditions de travail sera régulièrement réalisée.

Par ailleurs, l'amélioration des conditions de travail *des personnels médicaux* dans le cadre de la Permanence des soins doit tenir compte des incidences directes sur les conditions de travail (travail de nuit, de week-end, repos de sécurité, plages additionnelles ...) de

l'instauration des gardes et astreintes afin de mieux sédentariser le personnel médical du CHU.

Il faut souligner que les conditions de travail fixées aux médecins ont une incidence directe sur les conditions de travail des personnels para-médicaux. Dans cet esprit, un point fort concerne le bloc opératoire et les modes de fonctionnement des opérateurs mis en place début 2006, ainsi que les avancées encore à venir dans ce domaine.

4. L'Ouverture de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant comme un événement fédérateur

Ce projet appartenait déjà au projet d'établissement 1999-2004. Son achèvement interviendra dans la période 2007-2010 au cours de ce projet d'établissement sans doute au premier trimestre. Le transfert de l'hôpital Victor Fouché sur le site de La Meynard dans une nouvelle structure avec La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, est un événement majeur pour le CHU et pour la région Martinique.

En effet, de ce transfert résulteront :

- Une amélioration globale tant des conditions d'accueil et de prise en charge des personnes soignées que les conditions de travail du personnel affecté à l'hôpital V. Fouché. De plus, ce nouvel établissement intégrera des services nouveaux ayant des missions régionales exclusives comme le service d'accueil et d'urgences pédiatriques, la réanimation pédiatrique....
 - Des changements majeurs tant collectifs qu'individuels,
sur le plan collectif :
 - o une structure architecturale différente
 - o un redimensionnement des services
 - o des services nouveaux
 - o des organisations nouvelles
 - o la proximité de PZQ
- sur le plan individuel :
- o des modifications dans l'organisation individuelle de chaque agent (changement de trajet ...)
 - o des adaptations d'équipe...

La mise en œuvre des axes du projet social du CHU concerne l'hôpital V. Fouché et donc la MFME. Toutefois, compte-tenu de l'importance du projet, un accompagnement spécifique est prévu pour faire face aux différents changements.

4.1 Implication et participation des personnels au projet.

Dès sa conception la participation des équipes a été intégrée : concours d'architectes, déclinaison de la future organisation (depuis 2 ans des groupes de travail fonctionnent), initiation de certaines futures organisations à V. Fouché (individualisation de l'accueil – urgences de pédiatrie, hôpital de jour, pédiatre affecté à l'obstétrique...)

4.2 Souhait de réorganisation - Eviter le déplacement intempestif des soignants et accentuer le professionnalisme

Par des organisations spécifiques : équipe de transport, transport par pneumatique, brancardage spécialisé et spécifique au bloc, préparation par la pharmacie de l'alimentation parentérale, stérilisation centrale, ergonomie des installations.

Par des aménagements identiques de certains secteurs facilitant l'intégration de nouveaux agents et la mobilité : salle de soins, bureaux, offices alimentaires, salle de détente....

4.3 Optimisation des ressources et gestion des compétences.

a) Accompagnement personnalisé des agents

Le redimensionnement des services, la création de nouveaux secteurs imposent un redéploiement et de nouvelles affectations des agents. Des entretiens spécifiques permettront en fonction de leur choix, des profils de poste et du plan de formation de redéfinir des équipes et de proposer des affectations adaptées.

b) Plan de formation spécifique

Dès le premier semestre 2006, ce plan de formation s'adressera à l'encadrement afin de donner les moyens nécessaires pour accompagner leur équipe et faire face aux changements.

Au deuxième semestre 2006 et en 2007, des formations spécifiques seront organisées pour permettre aux agents de mieux intégrer leur futur poste de travail (développer des compétences nouvelles, des techniques nouvelles, des prises en charge spécifiques...)

4.4 Demandes de moyens complémentaires

Ce projet nécessite un contrat spécial avec l'ARH pour assurer des missions nouvelles qui étaient non couvertes alors que les besoins sont croissants. En effet, le manque structurel d'effectifs du CHU pour assurer les activités actuelles ne permet pas d'envisager des redéploiements de postes pour développer de nouvelles activités. Pour autant l'évolution de la demande de soins, l'influence des stratégies des autres établissements sur l'activité (sur l'accueil des urgences par exemple), l'évolution des normes de sécurité sanitaire et de qualité, l'évolution de la législation hospitalière (sur le droit des patients par exemple), l'évolution des technologies médicales et bio-médicales rendent indispensables le développement de nouvelles activités qui nécessitent donc de nouveaux moyens.

C'est le cas notamment de la maison de la femme, de la mère et de l'enfant, pour laquelle on estime l'effectif supplémentaire nécessaire au bon fonctionnement de ce pôle à environ 125 agents dont 23 médecins.

5. L'évaluation du projet social

Le projet social décliné dans ce document doit s'accompagner d'objectifs opérationnels, eux mêmes déclinés en actions assorties des moyens nécessaires à leur réalisation.

De ce fait, il est important de mettre en place des indicateurs dès l'élaboration du document. Même s'il apparaît de prime abord difficile de mettre en place des indicateurs quantifiables en matière de gestion des ressources humaines, des indicateurs simples et synthétiques, concrets et mesurables en considérant l'évaluation comme « la mesure du niveau de réalisation d'objectifs déterminés préalablement à l'action » (Marc DENNERY) ont été recherchés.

Le suivi devrait être envisagé à trois niveaux :

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

3 catégories d'indicateurs semblent particulièrement pertinents :

- ceux qui portent sur l'amélioration des processus et traduiront les capacités à accompagner le changement
- ceux qui portent sur l'atteinte des résultats, en leur donnant une visibilité et en facilitant les réajustements
- ceux qui portent sur le climat social, et traduiront l'appropriation des actions mises en œuvre par la personne.

Les informations sur l'évaluation du projet social devront être communiquées :

- A l'équipe de direction et au conseil exécutif
- Aux instances avec des bilans périodiques de l'avancée des travaux
- A l'ARH
- Aux personnes, bénéficiaires de la politique sociale qui doit voir en elle un signe de reconnaissance et de valorisation du travail.

Personnel Médical

- Calcul des flux médicaux sur la base constatée des années antérieures

Management

- Nombre d'instances par an
- Nombre de réunions de service, de conseils de service (et à l'avenir de conseils de pôles)
- Mise en place d'un outil de communication Ressources Humaines à destination de l'ensemble du personnel
- Fréquence de distribution de ce document
- Fréquence et régularité des tableaux de bord communiqués aux responsables opérationnels sur les grands indicateurs (Effectifs payés, absentéisme, budget de remplacement, budget de formation)
- Nombre de préavis de grève
- % de préavis débouchant sur un mouvement social

Optimisation des ressources

- Evolution des effectifs payés

- % d'évolution de la masse salariale
- Taux d'absentéisme
- Nombre d'accidents de travail
- Nombre de cas traités / résolus dans le cadre de la Commission des aménagements de poste et des reclassements professionnels
- Taux d'exhaustivité de l'affectation du personnel aux métiers du Répertoire des métiers
- Respect des calendriers pour les procédures de notation et d'évaluation
- Taux de remontée des entretiens annuels d'évaluation
- Taux de respect du plan de formation

Amélioration des conditions de travail

- Taux de réalisation d'un programme prioritaire de prévention des risques professionnels