

**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

Valoriser le temps des cadres

Mise en place d'un Système d'Information en Ressources
Humaines à la Fondation Ophtalmologique A. de
Rothschild

Sofia DA SILVA MENDES
Année 2017/2018

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

« La maîtrise personnelle est une discipline qui consiste à approfondir et clarifier notre approche des choses, à concentrer notre énergie, développer notre patience, et voir objectivement la réalité¹ ».

Peter Michael SENGE²

¹ SENGE P., La Cinquième Discipline l'art et la manière des organisations qui apprennent

² Professeur de management et auteur américain, développeur avec Chris ARGYRIS du concept d'organisation apprenante.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	3
INTRODUCTION	4
1. CONTEXTE	5
1.1 Le territoire Paris & Ile de France.....	5
1.1.1 Description géographique et démographique	5
1.1.2 L'offre de soins	6
1.1.3 La santé des populations.....	7
1.2 La Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild.....	9
1.2.1 Principes fondateurs.....	9
1.2.2 Structure.....	9
1.2.3 Territoire, population et offre de soins.....	10
1.2.4 Dynamique institutionnelle	11
1.2.5 Dynamique organisationnelle	14
1.2.6 Dynamique humaine	15
1.3 La Gestion des Temps d'Activité : approche conceptuelle.....	17
1.3.1 Le temps	17
1.3.2 Le travail	18
1.3.3 Le temps de travail	18
1.3.4 Travail et bien-être	19
1.3.5 Le planning : témoin de la vie sociale des acteurs	20
1.4 Approche juridique.....	23
1.4.1 Histoire de la réglementation du temps de travail	23
1.4.2 La Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 (CCN 51).....	24
1.4.3 Législation et systèmes d'information	25
1.5 Analyse de l'existant.....	27
1.5.1 Visualisation globale des processus existants	27
1.5.2 La planification des temps de travail.....	28
1.5.3 Planification des activités	29
1.5.4 Validation des demandes des salariés auprès des cadres de santé.....	30
1.5.5 Communication des données entre cadres de santé et DRH.....	31
1.5.6 Sécurisation des données.....	32
1.5.7 Ressources humaines impliquées.....	33
2. LE NOUVEAU SYSTEME D'INFORMATION EN RESSOURCES HUMAINES, OU LA COMMUNICATION EN « WORKFLOW ».....	37
2.1 LE PROJET « SIRH »	37

2.1.1	Processus de sélection des prestataires.....	37
2.1.2	Description du nouveau processus de GTA : OCTIME.....	40
2.1.3	Expectatives en termes de plus-value.....	41
2.1.4	Risques prévisionnels et moyens de maîtrise à mettre en place.....	44
2.1.5	Besoins en équipement matériel.....	46
2.1.6	Besoins en Ressources humaines.....	46
2.1.7	Aspects financiers du projet.....	48
2.2	Pilotage de projet et conduite du changement.....	50
2.2.1	Adhésions.....	50
2.2.2	Résistances.....	52
2.2.3	Accompagnement des cadres de proximité.....	55
2.2.4	Modalités pratiques de mise en place.....	58
2.2.5	Evaluation du projet.....	58
2.2.6	Barrières et difficultés rencontrées.....	59
3.	PERSPECTIVES D'AVENIR.....	63
3.1	Redéfinir le rôle du cadre de santé.....	63
3.1.1	Libérer son temps de travail.....	63
3.1.2	Une montée en compétences au service de la compétence.....	64
3.1.3	Promoteur de la qualité de vie au travail.....	64
3.1.4	Développeur d'une organisation apprenante.....	65
3.2	Légitimité, reconnaissance & individuation.....	67
3.2.1	Légitimité & reconnaissance professionnelle.....	67
3.2.2	Le Chef de Projet : une légitimité en souffrance ?.....	68
3.2.3	L'individuation : outil de valorisation du parcours professionnel.....	69
4.	CONCLUSION.....	71
	BIBLIOGRAPHIE.....	72
	TABLE DES ANNEXES.....	76

GLOSSAIRE

SIGLE	SIGNIFICATION
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
ASH	Agent de Service Hospitalier
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CDU	Commission des Usagers
CIC	Centre d'Investigation Clinique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSI	Direction des Systèmes d'Information
DSSI	Direction des Services de Soins Infirmiers (Direction des Soins)
DU	Diplôme Universitaire
DOP	Direction des Opérations et de la Programmation
EPP	Evaluation de Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FFCI	Faisant Fonction de Cadre Infirmier
FHP	Fédération des Hôpitaux Privés
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GTA	Gestion des Temps d'Activité
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e)
ILV	Institut Laser Vision
IVT	Injections Intravitréennes
NRI	Neuroradiologie Interventionnelle
ORL	Otorhinolaryngologie
PMO	Prélèvement Multi-Organes
PRS	Projet Régional de Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RTT	Récupération de Temps de Travail
SIRH	Système d'Information en Ressources Humaines
SSO	Single Sign-On
SSPI	Salle de Surveillance Post-Opératoire
UNV	Unité Neurovasculaire
URC	Unité de Recherche Clinique
USC	Unité de Surveillance Continue

INTRODUCTION

A l'ère où la performance est devenue une quête permanente pour la gouvernance des établissements de santé, le développement des systèmes d'information est désormais stratégique. Les données deviennent une ressource à part entière.

Pour permettre un partage d'information efficace et sécurisé, il faut désormais se baser sur des outils fiables et adaptables aux différents processus organisationnels.

C'est motivée par un contexte semblable que la Direction de notre fondation décide en 2017 de la mise en place d'un tout nouveau Système d'Information en Ressources Humaines (SIRH).

Cadre Expert Chef de Projet au sein de notre Direction des Soins, ayant piloté le projet de mise en place du DPI paramédical, entre 2015 et 2017, j'ai été missionnée par ma Direction afin de mener à bien le projet SIRH, et plus précisément la partie concernant la Gestion des Temps d'Activité (GTA). Ce projet, s'inscrivant dans l'important virage numérique engagé par notre établissement depuis 2015 et se voulant optimisateur de processus, est également l'occasion de tisser des liens privilégiés entre DSSI et DRH.

D'un point de vue méthodologique, je me suis largement appuyée sur les ressources documentaires et humaines, internes et externes à notre fondation. Afin de cadrer au mieux le projet avec les attentes dites « terrain », j'ai analysé les comptes-rendus des réunions cadres des 2 dernières années (2016 et 2017)³. En parallèle, j'ai conduit des entretiens auprès des cadres de santé de la fondation, entre Décembre 2017 et Février 2018⁴. Chaque entretien a duré environ 30 minutes. J'ai fait le choix de ne leur poser que 3 questions ouvertes, de façon à laisser libre espace à leur expression. Ces questions étaient : « Quelles sont vos priorités actuelles en tant que cadre ? », « Quelles sont vos difficultés actuelles ? », puis après leur avoir présenté le projet, « Quelles sont vos attentes vis-à-vis du nouvel outil de GTA ? »

Dans une première partie, nous aborderons le projet et son contexte. Nous positionnerons la Fondation Rothschild dans son environnement territorial et social. Puis nous aborderons l'approche conceptuelle et juridique, avant de nous intéresser au contexte initial du projet.

Dans un second temps, nous verrons plus en détails la mise en œuvre du projet, ainsi que les modalités de conduite du changement à mettre en place.

Enfin, nous terminerons par une ouverture sur les perspectives organisationnelles et sociales permises par la mise en place de ce nouvel outil managérial.

Mon écrit propose une démarche en mode projet, pouvant être reproductible au sein d'autres configurations organisationnelles.

Mais au-delà des aspects techniques et analytiques, je souhaite également proposer une autre vision du système informatif : celui d'un outil certes opérationnel, mais reliant avant tout les hommes.

³ Grille d'analyse en annexe 6

⁴ Grille d'analyse en annexe 7

1. CONTEXTE

Dans cette première partie, je propose tout d'abord un descriptif géographique, démographique, sanitaire et social de la région parisienne. Puis, je m'attacherai à présenter notre fondation, ses activités et son ancrage territorial, avant de décrire sa dynamique institutionnelle, organisationnelle et sociale. Enfin, je proposerai d'aborder notre projet, par une approche conceptuelle. Cette approche nous permettra de situer l'individu vis-à-vis de son rapport au temps et plus précisément au temps de travail. Pour finir, nous aborderons quelques aspects juridiques, nous permettant de cadrer globalement le projet.

1.1 Le territoire Paris & Ile de France

Comme tout autre établissement de santé, de quelque forme statutaire qu'il soit, la fondation Rothschild est avant tout territorialement ancrée. Région « capitale », la région parisienne est riche de ses diversités naturelles et humaines. Mais l'offre de soins y est-elle diversifiée ?

1.1.1 Description géographique et démographique

L'Ile de France est une région contrastée. Avec ses 11,8 millions d'habitants, elle représente 19% de la population française. 2,24 millions de ces habitants habitent Paris intramuros. Les départements limitrophes de la Seine Saint Denis, du Val de Marne et des Hauts de Seine représentent à eux seuls 4,41 millions d'habitants⁵. Les principaux espaces urbanisés de la région sont concentrés autour de ces mêmes départements. Bien que très peuplé, seul 21% du territoire est considéré comme urbanisé, contre 28% d'espaces naturels et 50% d'espaces agricoles⁶. L'Ile de France est donc un espace densément peuplé, mais disposant de tous les atouts pour en faire une région agréable à vivre.

Bien que la tendance du taux de fécondité national soit à la baisse (1,93 enfant par femme en 2016, contre 1,96 en 2015 et 2 en 2014) et que le solde naturel⁷ soit actuellement le plus bas connu depuis 40 ans⁸, le taux de natalité de la région, qui était de 15,2‰ en 2014, reste supérieur au taux national (12,3‰ en 2014)⁹. L'espérance de vie à la naissance y est également supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, au 1^{er} Janvier 2013, elle était de 80,2 ans pour les hommes (78,7 ans en national) et de 85,5 ans pour les femmes (85 ans en national)¹⁰.

Les franciliens sont jeunes et âgés à la fois. Un tiers de la population parisienne est âgée de 20 à 39 ans¹¹. Cette jeune génération côtoie en parallèle 2,2 millions d'autres franciliens quant à eux âgés de 60 ans et plus¹². A Paris, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait continuer à augmenter, pour atteindre 252 00 personnes en 2040¹³, suivant ainsi la tendance nationale.

⁵ <https://www.iledefrance.fr/territoire/carte-identite>, données datées du 18 Janvier 2017
[Consulté le 6 Janvier 2018]

⁶ <https://www.iledefrance.fr/territoire/carte-identite>, données datées du 18 Janvier 2017
[Consulté le 6 Janvier 2018]

⁷ Différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période,
Insee Flash Ile de France n°17, Janvier 2017

⁸ http://www.lemonde.fr/famille-vie-privée/article/2017/01/17/demographie-la-baisse-de-la-natalite-se-poursuit-en-france_5064027_1654468.html, [Consulté le 6 Janvier 2018]

⁹ Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France (DRJSCS),
Chiffres-clés 2015, 2^{ème} trimestre 2016, 69 pages, p.8.

¹⁰ Ibid. Page 8.

¹¹ Ibid. Page 5.

¹² INSEE 2013, <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/58-groupes-de-population/personnes-agees/859-infographie-journee-mondiale-sans-tabac>, [Consulté le 8 Janvier 2018]

¹³ Le Projet Régional de Santé 2013-2017, ARS Ile de France, brochure, page 16.

50,8% des ménages parisiens sont constitués d'une personne seule. A l'inverse, les couples avec enfants sont majoritaires en banlieue parisienne¹⁴. Les prix de l'immobilier et la recherche de qualité de vie peuvent en partie expliquer ce constat.

La population francilienne est cosmopolite. La région Ile de France reste celle accueillant le plus d'immigrés en France, avec un taux d'accueil deux fois plus élevé qu'au niveau national. En 2013, l'INSEE¹⁵ estimait que 4 immigrés sur 10 vivaient en Ile de France, et plus particulièrement dans le département de Seine Saint Denis¹⁶. Depuis 2013, à la suite des diverses crises humanitaires mondiales, les flux migratoires tendent à s'accroître, jusqu'à constituer aujourd'hui un véritable enjeu social et de santé publique.

Région dynamique et innovante, la région Ile de France est également terre d'inégalités où les quartiers résidentiels côtoient 1300 quartiers dits prioritaires et « où les habitants les 10 % les plus riches touchent au moins 3 017 euros par mois (après impôts et prestations sociales) de plus que les 10 % les plus pauvres¹⁷ ». Territoire de concentration des lieux de décisions et des hauts revenus, il accueille également les populations les plus modestes.

L'Ile de France est donc une région à la fois jeune, mais non épargnée par la tendance au vieillissement de la population. Région riche et aux infrastructures nombreuses et attrayantes, elle est aussi territoire d'inégalités sociales marquées. Face à ces déterminants socio-économiques, tout l'enjeu des pouvoirs publics est de réussir à répondre aux besoins des différentes populations. La question santé devient alors centrale et prioritaire.

1.1.2 L'offre de soins

L'Ile de France est riche en infrastructures et l'offre de soins y est organisée. Elle compte 15 GHT. L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, avec ses 37 établissements et ses 12 000 lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, est associée à l'ensemble de ces GHT¹⁸¹⁹. Par ailleurs, on y dénombre également 40 établissements ESPIC et 110 établissements privés²⁰. Etablissements ESPIC et privés lucratifs peuvent être associés aux GHT, par conventions de partenariat et par articulation de leur projet d'établissement avec celui du GHT concerné²¹. L'objectif affiché de ces regroupements en GHT étant d'offrir à tous les usagers des soins de proximité dans le cadre d'un maillage territorial complet.

En parallèle, l'offre ambulatoire y est également abondante. En effet, on trouve également en Ile de France 220 établissements de soins de suite et de réadaptation. La densité en médecins libéraux y est la plus forte au niveau national (22% de l'effectif national). Et on y trouve près de 300 centres de santé²². Cela étant, cette offre, bien qu'abondante, est inégalement répartie. Ainsi, Paris compte en moyenne 12,1 médecins libéraux pour 10 000 habitants, alors que le département de Seine Saint Denis n'en compte que 6,7. Et sur les 300 centres de santé que compte la région, 250 sont concentrés en centre de région, dont 94 uniquement à Paris même.

¹⁴ Le Projet Régional de Santé 2013-2017, ARS Ile de France, brochure, page 16.

¹⁵ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

¹⁶ Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional, INSEE analyses Ile de France, N°70, Octobre 2017, 4 pages.

¹⁷ https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-de-revenus-selon-les-regions?id_theme=25, selon les données 2014 de l'INSEE, [Consulté le 6 Janvier 2018]

¹⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

¹⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/groupelements-hospitaliers-de-territoire-ght-en-ile-de-france>, [Consulté le 6 Janvier 2018]

²⁰ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²¹ http://www.sngc.org/sites/default/files/fichedefhap16_lmss_article107_ghet_cooperations_actualisee_decr_et_29_avril.pdf, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

Mettant ces constatations face aux données démographiques, force est de constater que, bien que fortement développée, l'offre de soins d'Ile de France est bien souvent mal répartie et pas nécessairement dans les territoires où les besoins en santé sont le plus fortement marqués.

Les pouvoirs publics ont bien compris ces enjeux territoriaux. Faisant actuellement le bilan du premier PRS (PRS1), les deux premiers axes stratégiques du cadre d'orientation stratégique du second PRS 2018-2022 (PRS2) sont de « *promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge sur les territoires* » et apporter « *une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente* »²³.

1.1.3 La santé des populations

L'état de santé de la population francilienne est globalement bon. En revanche, il est inégalitaire. Les principaux déterminants justifiant ces inégalités sont principalement sociaux et environnementaux.

Le cancer représente la première cause de mortalité en Ile de France, y compris chez les femmes auprès desquelles il est noté une recrudescence de la mortalité par cancer pulmonaire.

Chaque année, 18 000 franciliens sont victimes d'AVC ; pathologie étant la troisième cause de décès et la première cause de handicap au niveau national²⁴.

Malgré une tendance au recul, l'Ile de France reste la région de France la plus touchée par l'épidémie du VIH ainsi que par la tuberculose. Et malgré les campagnes de communication massives et institutionnalisées, 30% des franciliennes restent à l'écart des actions de dépistage du cancer du sein²⁵.

Le taux de mortalité infantile est encore plus révélateur de ces inégalités. En effet, bien qu'en baisse, il reste élevé, notamment en Seine Saint Denis où il est de 40 à 50% plus élevé qu'au niveau national²⁶.

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, le taux de maladies chroniques augmente également. Le diabète représente la première maladie chronique dans la région, avec 400 000 personnes actuellement soignées. Mais on estime que 200 000 personnes restent encore à diagnostiquer²⁷.

La précarisation de certaines populations, mais aussi les conditions d'accès aux soins et aux actions de prévention semblent constituer les principales explications à ces constats.

Les facteurs environnementaux sont également lourds de conséquences sur l'état de santé de la population. Nous pouvons rappeler ici la surmortalité augmentée de 130% dans la région lors de l'épisode de canicule de 2003, représentant alors 5000 décès supplémentaires²⁸.

Rappelons également l'exposition chronique des habitants de l'Ile de France à la pollution de l'air. Les populations en situation précaire et/ou mal logées, déjà fragilisées, sont également plus susceptibles d'être exposées à des situations à risque liées à l'insalubrité et à la pollution de leurs habitations, les rendant d'autant plus vulnérables. Pour exemple, l'Ile de France concentre à elle seule 70% des cas de saturnisme diagnostiqués²⁹. L'augmentation de la population migrante, importante dans la région, vient potentialiser ces risques avec l'augmentation parallèle du nombre de personnes habitants dans des squats ou des bidonvilles³⁰.

Les conduites addictives y sont également problématiques. Bien que le taux de consommation d'alcool quotidien des franciliens soit inférieur à la moyenne nationale « (9,1% vs 11% chez les 15-75 ans,

²³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²⁴ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux-avc>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²⁶ http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/10/20/surmortalite-infantile-en-seine-saint-denis-la-precarite-n-explique-pas-tout_4792737_1651302.html, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²⁷ Bilan Projet Régional de Santé Ile de France 2013-2017 : Synthèse transversale, ARS Ile de France, 100 pages, page 38.

²⁸ <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/8pcanicule.pdf>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

²⁹ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000235/index.shtml>, [Consulté le 13 Janvier 2018]

³⁰ Il y aurait actuellement plus de 100 bidonvilles en Ile de France, <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2017/09/26/97001-20170926FILWWW00054-migrants-plus-de-100-bidonvilles-en-le-de-france-peccresse.php>, [Consulté le 14 Janvier 2018]

Enquête Baromètre Santé, INPES 2010)³¹ », il est en revanche problématique chez les jeunes, dont la « *prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes était de 15% en 2014*³² ».

Le constat est similaire en ce qui concerne le tabagisme. En effet, bien que sa prévalence soit « *moins élevée en Ile-de-France que dans le reste de la France (en 2010, 27% versus 29% au niveau national)*³³ », des disparités existent entre départements et catégories sociales. A noter également que les jeunes franciliennes âgées de 15 à 24 ans fument plus que la moyenne nationale. Il est alors aisé de corréliser ces constatations aux taux de surmortalité par cancer du poumon constaté chez la femme. Les comportements à risque et notamment la consommation de drogues affecte également la population, en particulier les plus jeunes. La consommation régulière de cannabis est passée de 1% en 2011 à 5% en 2014, et la poly-consommation de 6% en 2011 à 8,4% en 2014 chez les jeunes femmes³⁴, qui calquent de plus en plus leurs pratiques sur celles de leurs congénères masculins.

Face à ces nombreux constats, l'ARS d'Ile de France a développé et mis en place de nombreux programmes d'actions. Des mesures d'accompagnement à la restructuration de l'offre de soins et à la création de structures adaptées aux besoins de la population ont été soutenues. Des politiques d'accompagnement sanitaire ont également été développées afin répondre aux nouveaux besoins, non prévus dans le PRS1, comme la crise migratoire.

Actuellement en phase consultative, l'objectif du PRS2 sera de continuer à répondre aux besoins d'une population, riche de sa diversité mais socialement inégalitaire, dans un contexte territorial richement pourvu en infrastructures mais à la répartition pouvant être parfois perçue comme injuste.

A RETENIR

- L'Ile de France est un territoire riche mais inégalitaire.
- La région dispose de nombreuses infrastructures et d'une offre de soins organisée.
- Mais elle est soumise à certaines problématiques sanitaires majeures, comme le vieillissement de la population, la précarité, l'immigration, les inégalités sociales ou le mal logement.
- L'état de santé de la population est globalement bon mais inégalitaire.

³¹ Bilan Projet Régional de Santé Ile de France 2013-2017 : Synthèse transversale, ARS Ile de France, 100 pages, page 32.

³² Ibid. Page 32

³³ Ibid. Page 32

³⁴ Ibid. Page 32

1.2 La Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild

Forts de ces informations territoriales, nous pouvons à présent faire plus précisément un focus sur notre fondation. Riche de son histoire et bien que petite par la taille, elle n'en demeure pas moins une organisation dynamique et novatrice et que l'actuelle direction s'attache à faire rayonner, au niveau local, national mais également à l'international.

1.2.1 Principes fondateurs

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, spécialisé dans le traitement des pathologies de la tête et du cou, de la personne âgée au très jeune enfant, notre Fondation, forte de ses valeurs institutionnelles, « Transmettre, innover, s'engager », est fière de ses 110 ans d'histoire.

Elle puise ses valeurs originelles dans les dernières volontés du baron Adolphe de Rothschild, qui souhaitait la construction d'un « *établissement spécialisé en ophtalmologie* » destiné au traitement gratuit de malades, soignés « *sans distinction de religion ou d'opinions politiques* »³⁵.

C'est ainsi qu'aujourd'hui encore notre établissement continue à permettre l'accès au plus grand nombre aux dernières technologies et innovations médicales. Toutes nos spécialités médicales sont accessibles en secteur 1, sans dépassement d'honoraires. Philanthropique, notre direction met un point d'honneur à poursuivre la mise en application de ce principe fondateur. Nous pouvons citer ici en exemple l'ouverture, en 2017, de la première Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Ophtalmologique (PASS-O), permettant aux personnes les plus démunies de pouvoir bénéficier de soins de qualité et entièrement gratuits.

1.2.2 Structure

Par sa taille humaine, notre établissement entend permettre une coordination et une mise en complémentarité des compétences des différentes équipes, afin d'offrir au patient une prise en charge optimale et qualitative, tout au long de son parcours de soins.

Notre direction, dynamique, visionnaire et entrepreneur, a déjà mené à bien plusieurs projets architecturaux. Une modernisation globale des infrastructures et des équipements a ainsi été mise à l'honneur ces 7 dernières années, afin de permettre à notre Fondation de continuer à faire partie des établissements de pointe.

La Fondation dispose de 160 lits d'hospitalisation conventionnelle, répartis entre les services de neuroradiologie, neurovasculaire, neurochirurgie, neurologie, ophtalmologie, ORL, médecine interne et pédiatrie. 10 de ces lits composent également un service de Réanimation, et 32 autres sont consacrés à de la surveillance continue (post-chirurgicale et neurovasculaire aiguë). La Fondation dispose également de 19 places d'hôpital de jour de médecine. En Septembre 2017, le capacitaire d'accueil en ambulatoire long a par ailleurs été doublé, passant de 11 à 24 boxes, permettant à l'établissement d'engager un important virage ambulatoire. Cette offre est complétée par l'accès à un service d'urgences spécialisé en ophtalmologie, disponible 24h/24 et 7jours/7.

Côté plateaux techniques, l'usager dispose également d'une gamme de services complète et à la pointe de la technicité. Nous disposons ainsi d'un bloc « central » composé de 8 salles. Chaque salle bénéficie d'une gamme en équipements biomédicaux complète et moderne. Les neurochirurgiens disposent, entre-autres, d'un robot de neuro-navigation³⁶. A l'été 2018 une salle supplémentaire de neurochirurgie, disposant d'un scanner per-opératoire, viendra compléter ce plateau. Par ailleurs, notre SSPI centrale a connu une restructuration importante en 2017. Elle dispose désormais d'une ergonomie adaptée à la prise en charge de l'adulte et de l'enfant.

³⁵ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 3.

³⁶ Robot « Rosa »

Les prises en charge ambulatoires représentant environ 70% de nos séjours³⁷, un bloc ambulatoire « court » est spécifiquement dédié à la prise en charge chirurgicale ophtalmologique. Il dispose de 6 salles d'intervention et d'une SSPI dédiée. Un bloc distinct, composé de 2 salles, est lui spécifiquement dédié à la NRI.

Un plateau technique d'imagerie complète la gamme des services offerts à nos usagers. Il dispose de deux IRM (3T et 1,5T), d'un scanner, de 4 échographes et d'un Cône Beam. La Fondation a d'ores et déjà reçu l'agrément pour l'installation de deux IRM supplémentaires. L'une d'elles sera consacrée à la prise en charge des urgences AVC et la seconde sera réservée à la recherche clinique. Leur installation est prévue en Octobre 2018.

Les projets sont nombreux. Mais l'espace physique pour en permettre la concrétisation étant limité, notre direction reste alerte aux opportunités immobilières pouvant se présenter à elle. Plusieurs locaux annexes ont été acquis ou loués à proximité des bâtiments « historiques », modulant progressivement la structuration de tout un quartier. Ces développements ont permis, entre-autres, l'expansion de nos activités d'IVT, l'ouverture d'un Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur, d'une Unité de Recherche Clinique et d'un centre de santé ophtalmologique.

Reflets de cette volonté progressiste, sont d'ores et déjà à l'étude un projet d'extension de bâtiment, ainsi qu'un projet d'acquisition de nouveaux locaux annexes.

1.2.3 Territoire, population et offre de soins

Notre Fondation est située au cœur du territoire de santé 75-1, composé de 6 arrondissements parisiens, et comptant 734 566 habitants, ce qui représente 33% de la population de Paris. A l'image de la population francilienne globale, la population y est jeune (16% de la population a moins de 15 ans et 13% entre 16 et 25 ans). En revanche elle est également vieillissante. A titre d'exemple, le nombre de personnes ayant entre 45 et 74 ans devrait passer de 220 000 à 250 000 en 2030³⁸.

Notre Fondation recrute majoritairement sur son territoire de santé. Les patients pris en charge en 2016 habitaient à Paris (39%) et en Ile de France (53%). La population de Seine Saint Denis représente à elle seule 19% des patients pris en charge en 2016³⁹. Nous pouvons donc estimer que la population accueillie au sein de notre établissement est le reflet de la population globale : multiculturelle, jeune mais vieillissante, aisée et précaire à la fois.

Nous accueillons et traitons aussi bien l'adulte que l'enfant. Les séjours pédiatriques sont d'ailleurs en augmentation. Ils représentaient 10% des séjours en 2016. Cette tendance est particulièrement marquée en matière de prise en charge ambulatoire. Elle est ainsi passée de 62% des séjours ambulatoires en 2015 à 66% en 2016, alors qu'elle reste stable chez l'adulte (72%)⁴⁰.

Notre établissement est en capacité d'offrir à l'utilisateur un panel complet de spécialités, permettant une prise en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Depuis sa création, la Fondation demeure un centre de référence reconnu pour les maladies de l'œil. L'activité d'ophtalmologie, représentant 50% des séjours de l'établissement⁴¹, est organisée autour de 6 services, chacun offrant des prises en charge spécialisées.

Nous sommes également un important centre de recours à niveau régional, dans la prise en charge des AVC. Nous avons ainsi été labélisés par l'ARS comme « Centre de Référence et de recours AVC »

³⁷ En 2016, 20232 séjours d'hospitalisation ambulatoire, pour 28331 séjours d'hospitalisation au total. Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 27

³⁸ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 11.

³⁹ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 27

⁴⁰ Ibid. Page 27

⁴¹ Ibid. Page 13

en 2016. A titre indicatif, plus de 1000 AVC/AIT sont pris en charge chaque année dans notre établissement⁴².

Notre service d'urgences vient compléter ces deux pôles, faisant de notre Fondation le seul établissement francilien à « *disposer simultanément d'urgences ophtalmologiques et d'un dispositif de permanence des soins en neurosciences, nécessaire à la complémentarité des diagnostics et des prises en charge complexes* »⁴³.

D'autres spécialités viennent parfaire cette offre, comme la neurologie (21% des séjours), l'ORL (14% des séjours), la neurochirurgie (8% des séjours), la NRI (6% des séjours) et la médecine (1% des séjours)⁴⁴⁴⁵.

Des partenariats en neurosciences ont été conclus entre notre Fondation et 35 établissements de Paris et d'Ile de France, ainsi que 25 autres partenariats dans le domaine de l'ophtalmologie. Un partenariat privilégié est en place depuis plusieurs années avec le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon, que ce soit en urgences neurosciences, comme en soins palliatifs, en cancérologie ORL, en recherche clinique ou en biologie au travers de la mise en place du GCS « Laboratoire des Centres de Santé & Hôpitaux d'Ile de France » en 2015⁴⁶. Fin 2016, ce partenariat a été renforcé, avec la création de l'Institut de médecine interne de l'Est Parisien, permettant l'élargissement de l'offre de soins en médecine interne.

La patientèle étrangère représente une part de plus en plus importante des patients pris en charge. Ils représentaient 3% des patients pris en charge en 2016, soit 764 personnes⁴⁷. La volonté de développer cette catégorie de patients est réelle. Un accompagnement personnalisé leur est offert grâce à la mise en place d'un département international, composé d'une équipe dédiée. Par ailleurs, un partenariat privilégié avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Algérienne (CNAS) est en place. Souhaitant mettre à leur disposition une offre de soins plus étendue, la Fondation Rothschild est devenue en 2017 membre fondateur de la « Paris Hospital Foundations », en association avec l'hôpital Foch et le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon. Ce partenariat privilégié permet à la Fondation de proposer une gamme de prise en charge complète et de qualité à cette catégorie de patients, dans les domaines des neurosciences, des pathologies respiratoires, en urologie, néphrologie, chirurgie digestive et gynécologique, en maternité, obstétrique, assistance médicale à la procréation, en traumatologie, orthopédie et autres spécialités médicales⁴⁸.

La Fondation Rothschild est un établissement œuvrant au cœur de son territoire de santé, dont le projet d'établissement vise à répondre aux besoins spécifiques de la population soignée. Ayant bien assimilé les enjeux d'un nécessaire maillage territorial, notre direction n'a de cesse de combattre la notion d'isolement, en inscrivant pleinement l'établissement et ses actions au cœur des enjeux du PRS.

1.2.4 Dynamique institutionnelle

« *Un positionnement d'excellence, bien structuré sur le plan territorial, garantissant à tout patient une prise en charge optimale et permettant une reconnaissance de niveau international*⁴⁹ », tel est « le fil conducteur » de notre projet institutionnel 2017-2012.

⁴² Flyer « Urgences AVC et AIT », Fondation A. de Rothschild, Octobre 2016.

⁴³ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 21.

⁴⁴ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 13.

⁴⁵ A noter que l'activité AVC est quant à elle « diluée » entre les séjours de neurologie (si prise en charge dans le cadre d'une thrombolyse) et de NRI (si prise en charge en thrombectomie).

⁴⁶ GCS « de moyens ».

⁴⁷ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 27.

⁴⁸ <http://p4515.phpnet.org/PHF/>, [Consulté le 1^{er} Octobre 2017]

⁴⁹ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 4.

Malgré notre petite taille et grâce aux choix stratégiques adoptés par nos dirigeants, notre Fondation est un établissement qui se porte bien d'un point de vue financier. Notre budget d'exploitation s'élevait à 115 millions d'euros en 2016 et le budget d'investissement à 15 millions d'euros. L'exercice 2016 a enregistré un excédent consolidé de 700 000 euros, ce qui représente une amélioration d'environ 870 000 euros par rapport à l'exercice précédent. Le résultat d'exploitation de 2016 est positif, et en amélioration de 1 160 000 euros. Un intéressement d'un montant de 807 000 euros a ainsi pu être versé aux salariés en 2017⁵⁰.

Les recettes liées à l'activité d'hospitalisation ont progressé de 4,2 millions d'euros en 2016, représentant une augmentation de 7,5%. L'impact négatif de moins 800 000 euros, lié à la grille tarifaire de 2016, s'est vu compensé par l'augmentation du nombre de séjours, qui elle a représenté plus 4,5 millions d'euros la même année. La bonne progression du chiffre d'affaires en UNV et en NRI, ainsi que la recette moyenne dégagée par patient traité, ont permis de surcompenser cet effet⁵¹. En outre, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'établit à 4,87 jours⁵².

Les activités de bloc opératoire continuent également d'augmenter. Après une hausse de 4% en 2015, le nombre de passages au bloc opératoire a continué de progresser de 7% en 2016⁵³.

Côté urgences ophtalmologiques, après une augmentation d'activité en constante hausse en 2014 et 2015, le seuil des 39 000 passages a été franchi en 2016, ce qui représente une augmentation d'activité de 16%. A noter également que 9% de ces patients se sont présentés en « nuit profonde^{54 55} ».

En 2016, 265 000 actes techniques ont été réalisés et 110 000 consultations enregistrées, ce qui représente une progression d'activité de 9%⁵⁶. Cette augmentation globale de l'activité a également engendré une augmentation des activités médico-techniques, comme le nombre d'actes d'imagerie (+5% d'actes en hospitalisation et +16% en externe), ou du plateau technique d'ophtalmologie (+19% d'augmentation)⁵⁷.

Loin de s'en tenir à ces résultats positifs, issus de ses activités cliniques, notre Fondation continue également d'investir dans la recherche et l'innovation. Elle dispose d'une URC, d'un CIC, d'une plateforme d'investigation en ophtalmologie, d'un comité de recherche clinique et d'un comité d'éthique. Elle participe au Département Hospitalo-universitaire « vigilance, handicap et vision », et a été labellisée « Centre de Recherche Clinique » par le Ministère de la Santé. En 2016, 149 projets de recherche clinique étaient en cours, dont 83 promus par la Fondation même. En 2015, 163 articles originaux ont fait l'objet de publications scientifiques. Le développement important des activités de recherche a nécessité une importante restructuration du service, avec le recrutement de personnel dédié, entre-autres, à la gestion budgétaire et à la qualité⁵⁸. 2018 devrait par ailleurs être marquée par la mise en place d'une bio-banque.

En parallèle, la recherche en soins est encouragée. Une infirmière en recherche clinique a été embauchée et un cadre de soins missionné dans le cadre de la supervision du développement de la recherche infirmière.

⁵⁰ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 51.

⁵¹ Ibid. Page 29.

⁵² Données 2016.

⁵³ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 35.

⁵⁴ Entre 22h et 8h.

⁵⁵ Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 30.

⁵⁶ Ibid. Page 40.

⁵⁷ Ibid. Pages 36 et 41.

⁵⁸ Ibid. Pages 44 et 45.

L'émergence des nouveaux métiers paramédicaux est favorisée. Des consultations paramédicales post-AVC et de suivi parkinson ont été mises en place en 2017, en parallèle des consultations infirmières en cancérologie et des programmes d'éducation thérapeutique déjà existantes. Une activité de PMO, constituée de 5 infirmiers coordinateurs, a également été mise en place en 2017. Les premiers résultats sont d'ailleurs très encourageants puisqu'au cours de cette première année d'activité 37 recensements et 11 procédures de prélèvement ont pu être réalisés.

Engagée dans la transmission des savoirs et des expertises, notre Fondation est aussi lieu d'enseignement. En 2016, 159 internes et 63 externes ont été accueillis, dans le cadre de la convention nous liant au CHU de Paris. 232 stagiaires paramédicaux et 278 stagiaires médico-techniques ont également été formés, soit 44 de plus qu'en 2015⁵⁹.

Les activités de télémédecine progressent, notamment en télé-expertise et télé-interprétation. Des plateformes informatiques, comme ORTIF-Téléneuro, ont été mises en place, et d'autres sont en cours de développement. Toujours dans une volonté d'encourager la mise en place d'innovations en santé participant à l'amélioration de la prise en charge des patients, deux tables de NRI bi-plans de dernière génération ont été acquises en 2016. Un Centre d'Etudes et d'Innovations en Santé (CEIS) a été créé par notre Fondation, afin soutenir cette logique de développement d'innovations. En 2016, le CEIS a conçu et coordonné 11 études. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la thrombectomie mécanique dans la prise en charge de l'AVC, ayant été retenue dans le cadre d'un Programme de Recherche Médico-Economique (PRME)⁶⁰.

Notre Fondation a également négocié un important virage numérique. Et c'est tout naturellement que le schéma directeur du système d'information a été inclut au projet institutionnel comme l'un de ses socles constitutifs, rendant concrète « *la contribution de l'informatique à la création de valeur pour la Fondation* »⁶¹. L'informatisation du dossier patient a été engagée en 2015. Inscrit dans le programme « Hôpital Numérique⁶² » de la DGOS, notre établissement a su positionner l'informatique comme un service support par excellence. Développant les partenariats inter-établissements, l'objectif est de « *favoriser les synergies au niveau des services informatiques et des systèmes d'informations (...) afin de placer le Système d'Informations tant en amont qu'en aval de l'hôpital* »⁶³.

Notre Fondation est reconnue au niveau territorial et national. Son rayonnement est également aujourd'hui international. Plusieurs partenariats hospitalo-universitaires ont été conclus, comme avec le CHU UCLA de Los Angeles aux Etats-Unis. D'autres projets de développement sont également actuellement à l'étude, comme l'ouverture de centres de santé en ophtalmologie à l'étranger.

⁵⁹Fondation A. de Rothschild, Rapport d'activité et de gestion 2016, 72 pages, page 44.

⁶⁰ Programme de recherche financé par le Ministère chargé de la santé.

⁶¹ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 188.

⁶²Programme lancé en Novembre 2011, et dont l'objectif principal est de « *rendre les systèmes d'information (SI) plus performants, en particulier en termes de qualité et de sécurité des soins* », <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopital-numerique/Hopital-Numerique>, [Consulté le 21 Janvier 2018]

⁶³ Fondation A. de Rothschild, Projet Institutionnel 2017-2012, 210 pages, page 183.

Reconnue, notre fondation se trouve régulièrement placée au plus haut rang des classements hospitaliers annuels, dans plusieurs spécialités ophtalmologiques et neurologiques. Ayant obtenu un A, sans réserve ni recommandation, en accréditation V2010, notre établissement vise actuellement un résultat similaire en V2014⁶⁴.

Fidèle à ses principes philanthropiques, notre Fondation participe activement à plusieurs actions de Mécénat et collabore avec de nombreuses associations. Accordant une part importante à la participation dans des démarches culturelles, elle a obtenu en 2016 le label « Culture à l'hôpital ».

Notre établissement, bien que petit de taille, est grand par son rayonnement et ambitieux de ses nombreux projets. Avant-gardiste et visionnaire, il n'oublie pas ses principes fondateurs, en accordant toujours la primauté à l'humain.

1.2.5 Dynamique organisationnelle

L'actuelle direction a beaucoup fait évoluer notre organisation, l'amenant vers un modèle du type bureaucratique professionnel. Bien que présente et jouissant d'un leadership important, la hiérarchie verticale est néanmoins quelque peu simplifiée. La Direction Générale est constituée d'un Directeur Général et de deux Directeurs adjoints ; l'un chargé du développement et le second des ressources. Elle est secondée par 7 « sous-directions », desquelles font partie la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines. Il n'existe pas de cadres supérieurs au sein de la fondation et l'organisation polaire, peu développée, n'est que peu perceptible. Le seul intermédiaire entre les cadres de proximité et la Direction Générale est la Direction des Soins.

Chaque service de soins est encadré par un cadre de santé attiré. Cette division hiérarchique, horizontale, est plus marquée dans un service comme le bloc opératoire. En effet, le cadre responsable de bloc y est secondé par un cadre de bloc adjoint, un cadre anesthésiste, un cadre transport patient et un cadre en charge du biomédical. Cette division est le reflet de l'importance stratégique accordée aux activités chirurgicales au sein de notre établissement, que ce soit au niveau organisationnel comme au niveau financier.

Côté paramédical, la division horizontale se développe également, via la spécialisation, avec l'émergence des métiers d'Infirmiers Cliniciens Spécialisés (ICS). De nombreux paramédicaux sont impliqués dans des fonctions de référents et d'infirmiers de coordination comme les référents douleur, hygiène, mais aussi hypnoalgésie ou hémovigilance. Le développement de l'autonomie des salariés est favorisé à chaque niveau. Cadres et soignants sont impliqués dans les nombreux projets de l'institution et les initiatives individuelles sont encouragées.

L'existence d'un Groupe de Soins Infirmiers⁶⁵, dont les membres sont également référents risques⁶⁶, permet au personnel paramédical de participer à la mise en place de nouveaux projets les concernant, à l'analyse des événements indésirables déclarés et à la mise en place et au suivi d'actions correctives.

⁶⁴ La visite de certification V2014 a eu lieu en février 2018. Le pré-rapport des experts visiteurs tend à l'affirmer. Les résultats définitifs sont attendus en Septembre 2018.

⁶⁵ Equivalent de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Commission non obligatoire dans le secteur privé ; notre établissement a néanmoins tenu à en maintenir un équivalent afin de favoriser l'implication des paramédicaux dans les projets de l'établissement.

⁶⁶ En lien avec le service qualité gestion des risques.

Ils participent également à l'élaboration et au suivi du projet de soins. Ils sont également amenés à collaborer régulièrement avec les représentants de la CDU, qui en sont les invités permanents.

La professionnalisation est développée et la formation continue encouragée. Chaque année, cadres et soignants bénéficient de formations diplômantes, à travers la validation de Masters ou de Diplômes Universitaires, comme les DU douleur, éthique, en recherche infirmière ou en hypnoalgésie.

Cette organisation, professionnelle, offre aux salariés un environnement se voulant démocratique, à travers lequel chacun puisse se sentir épanoui dans la réalisation de ses activités.

1.2.6 Dynamique humaine

En 2016, 1065 salariés travaillaient à la Fondation, dont 233 médecins. L'établissement se trouvant dans une dynamique active de recrutement, le nombre total de salariés se rapprocherait désormais des 1300 salariés⁶⁷.

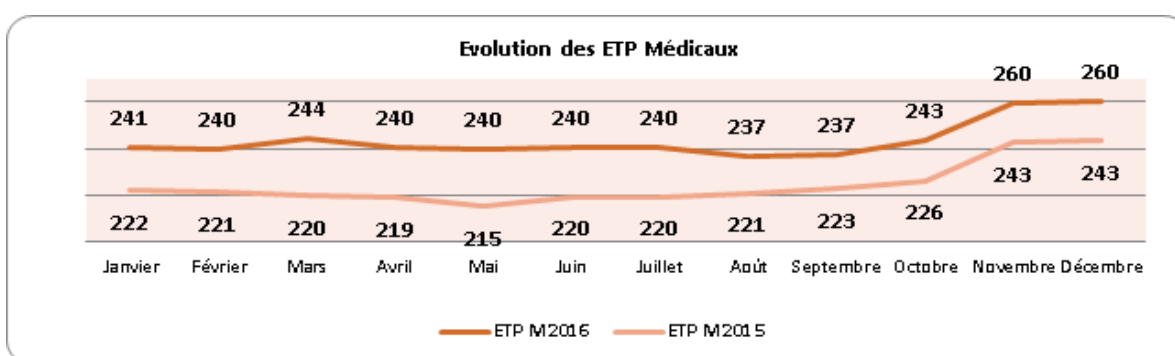


Figure 1: Comparatif de l'évolution des ETP médicaux entre 2015 et 2016⁶⁸

Côté paramédical, notre Fondation ne compte pas moins de 500 agents⁶⁹, répartis entre les différents corps de métiers : infirmiers, aides-soignants, Infirmiers anesthésistes, Infirmiers de bloc opératoire, mais aussi orthoptistes, optométristes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes ou électro-physiciens.

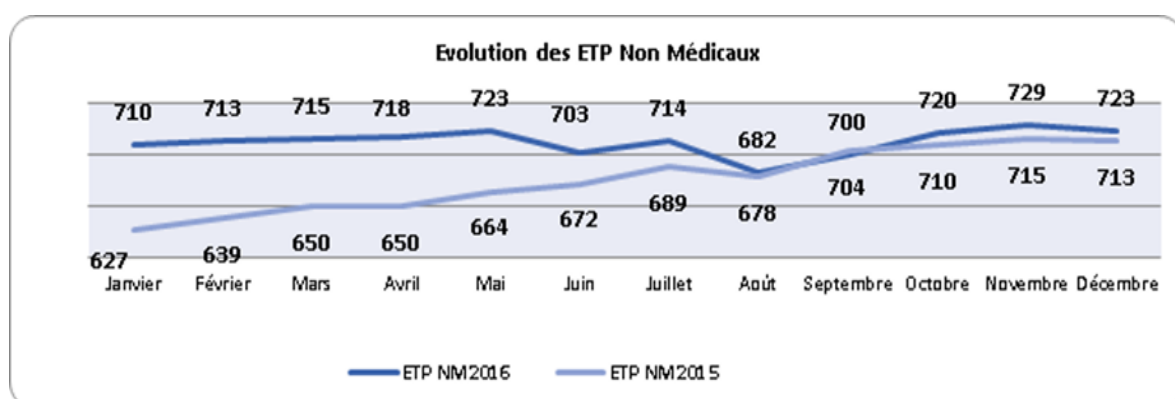


Figure 2: Comparatif de l'évolution des ETP non médicaux entre 2015 et 2016⁷⁰

⁶⁷ Source : Direction des Ressources Humaines.

⁶⁸ Données du Rapport d'activité et de gestion 2016, Section1. Analyse des Résultats, page 53.

⁶⁹ Source : Direction des Ressources Humaines.

⁷⁰ Ibid. Page 53.

Le recours au travail temporaire ou aux CDD de courte durée reste encore élevé⁷¹. Afin de palier au déficit en recrutement de certains corps de métiers paramédicaux, la formation continue est encouragée, et la direction n'hésite plus aujourd'hui à financer certaines formations, comme celle d'IADE ou IBODE.

Une importante démarche de professionnalisation du corps encadrant a également été mise en œuvre. 21 cadres de proximité composent l'équipe. En 5 ans, 9 cadres ont pu accéder à une formation de type Master, financée par l'établissement, dont 6 en grade Master 2. A ce jour, 52% d'entre eux sont diplômés. 55% des diplômés sont détenteurs d'un diplôme universitaire.

La Direction des Soins connaît une phase transitoire, notre Directeur intégrant actuellement sa future remplaçante. Je travaille moi-même au sein de cette Direction, en tant que Cadre Expert Chef de Projet. Je suis essentiellement missionnée dans le cadre de projets transversaux. Le DPI ou l'optimisation des circuits de biologie médicale sont des exemples de projets pouvant m'être confiés. J'ai également en charge des missions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, comme la construction et le suivi des tableaux d'indicateurs de qualité des soins ou le pilotage d'EPP. J'encadre également l'équipe ASH de l'établissement, composée de 35 salariées. Travaillant en horaires décalés (12h-20h), j'assure également le lien entre encadrement de jour et de nuit. Directrice des Soins et moi-même sommes épaulées par une Assistante. A l'image de notre hiérarchisation verticale institutionnelle, la Direction des Soins se veut accessible et proche des problématiques terrain.

Notre Direction des Ressources Humaines connaît également une profonde restructuration à la suite du départ annoncé de l'actuel directeur⁷², et de l'arrivée de notre SIRH. Les recrutements sont actuellement en cours. A terme, elle sera composée d'un Directeur des Ressources Humaines et de 4 pôles de responsabilité (Emplois et Carrières, Qualité de Vie au Travail, Contrôle de Gestion Sociale et paie, Formation et DPC).

C'est dans ce contexte de restructuration et de professionnalisation active, sur fond de développement continu des supports numériques, que s'inscrit le projet de mise en place du SIRH. Dans ce contexte mouvant, où ma propre légitimité est mise à l'épreuve, ma problématique consistera à trouver les meilleurs moyens et les alliés fiables, afin d'accompagner ce changement auprès des cadres de santé, et obtenir leur adhésion, tout en trouvant le juste positionnement.

A RETENIR

- La Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild est petite par la taille mais grande par ses projets.
- C'est une organisation dynamique et dont les résultats en termes d'activité et financiers sont positifs.
- Mais la Fondation connaît actuellement de nombreux changements internes, en particulier au niveau hiérarchique (DSSI et DRH)
- Le projet SIRH s'inscrit au cœur de ce contexte ; dynamique, novateur et mouvant à la fois.
- Se pose alors la question du positionnement du Chef de Projet en tant que pilote de ce projet.

⁷¹ Taux exact de recours indisponible à la DSSI et à la DRH. Le SIRH aura l'avantage de permettre une extraction de données et le suivi de ce type d'indicateurs.

⁷² Prévu fin Février 2018.

1.3 La Gestion des Temps d'Activité : approche conceptuelle

Nous ne pouvons pas parler de GTA sans évoquer les concepts « temps », « travail » et la notion associée de « temps de travail ». Ils sont ici liés à l'humain, qui nourrit un rapport à eux non anodin et somme toute très personnel. Cadrant le temps professionnel, le planning devient également un enjeu pour le temps personnel. Le manager se pose alors en « maître du temps », tout en devant trouver le juste milieu entre prise en considération et respect de la vie personnelle de ses salariés.

1.3.1 Le temps

D'après le Larousse, le temps est une « *notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements* », un « *mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres* ». Ainsi, le temps ne serait pas seulement le théâtre des scènes de nos vies. Plus que cela, il userait sur les êtres d'une forme de puissance inéluctable, façonnant inexorablement nos existences. Il est « *acteur universel de la vie des hommes ou du devenir de l'univers (...) – le maître de toute chose*⁷³ ». Avec le progrès technique et médical, il devient même enjeu de contrôle du début et de la fin de la vie. Les naissances sont désormais programmées et la durée de vie prolongée.

Posant le regard sur notre société moderne, le temps semble effectivement rythmer la vie des hommes. Face à des impératifs et des standards sociaux multiples et exigeants, l'homme semble courir chaque jour, après chaque minute, devenue si précieuse. Ne nous plaignons-nous pas constamment de manquer de temps ? N'avons-nous jamais souhaité arrêter le temps ?

Le temps nous semble si abstrait et inaccessible. Il est pourtant bien mesurable.

Donnée objective, sa perception est pourtant propre à chacun, selon un contexte donné. Certaines minutes semblent parfois durer des heures et inversement, certaines heures peuvent nous sembler parfois des journées. Le rapport au temps est également générationnel. Si nos parents prenaient le temps de se « *projeter dans une vie mise en perspective*⁷⁴ », la « *Do it yourself generation*⁷⁵ », elle, vit dans l'immédiateté, ne prenant des engagements que sur du court terme.

Le temps est non seulement individuel, interne, mais il est également collectif et social. « *La perspective temporelle fait intégralement partie des valeurs de la société et les individus orientent leurs actions dans le présent et vers le futur en se référant aux groupes dont ils partagent les valeurs*⁷⁶ ». L'enjeu étant alors la mise en place de « *rythmes sociaux (...) qui permettent aux individus de devenir agents de leur propre vie*⁷⁷ ».

⁷³ MICHON P., Rythme et sociologie : une introduction, extrait de l'ouvrage de MONCHATRE S. et WOHL B.(dir.), Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 41.

⁷⁴FARNAULT P., « Do it yourself generation », Management intergénérationnel. Manager les moins de trente ans, ECUE 5.5 Analyse et développement des pratiques d'encadrement, Master 1 MOS 2016-2017, 21/03/2017.

⁷⁵ Ou génération Y, regroupant les actuels 15-30 ans.

⁷⁶ COSER L.A., COSER R.L., Time Perspective and Social Structure, dans GOULDNER A.W., GOULDNER H.P. (dir.), Modern Sociology, New York, Harcourt Brace, 1963, p. 639.

⁷⁷ MICHON P., Rythme et sociologie : une introduction, extrait de l'ouvrage de MONCHATRE S. et WOHL B.(dir.), Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 59.

1.3.2 Le travail

Le travail tire ses racines linguistiques du terme latin « tripalium », qui était un instrument de torture à l'époque de la Rome antique. Gaspard-Gustave CORIOLIS⁷⁸, fut le premier à évoquer la notion de « travail », dans sa signification « moderne », en 1829⁷⁹, pour parler du travail d'une force. Longtemps synonyme du terme « labeur » dans le langage commun, le travail représente « *un effort pénible et il a conservé ce sens jusqu'à nos jours, quoique atténué*⁸⁰ ». Aujourd'hui il est surtout confondu avec « l'emploi », vecteur « *d'une place dans la société, d'une rémunération, parfois d'un statut, en contrepartie d'une charge*⁸¹ ».

Si le travail est le plus souvent prescrit, par des référentiels métiers ou les managers eux-mêmes, il est toujours en réalité une transformation de cette prescription, « *en une activité construite, en un acte construit, avec une notion d'imprévu. C'est un processus de transformation d'une réalité*⁸² ». En effet, si le travail prescrit est formalisé par des protocoles ou des injonctions données par la hiérarchie, l'activité réelle est quant à elle une adaptation constante et nécessaire du salarié à son environnement, sans laquelle il ne parviendrait pas à satisfaire les objectifs donnés.

Si « *la transformation des individus en travailleurs relève d'un processus de qualification*⁸³ », le salariat relève lui d'un lien de subordination contractuel entre travailleur et employeur. La notion de salaire vient en contrepartie de la pénibilité du travail. Le salarié bénéficie d'une rémunération dans le cadre d'un échange pouvant être considéré comme contraint, mais précisément normé.

1.3.3 Le temps de travail

Le temps de travail est défini comme « *le temps pendant lequel le salarié est tenu de rester sur le lieu de travail dans des locaux déterminés imposés par l'employeur, peu important les conditions d'occupation de tels locaux, afin de répondre à toute nécessité d'intervention sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles*⁸⁴ ». Il est ainsi étroitement lié à la notion de contrat de travail et au lien de subordination en découlant. Il constitue un cadre contraignant. Le salarié se met à la disposition de l'employeur pendant un temps, dans des conditions contractuellement prédéfinies, moyennant une contrepartie salariale, elle aussi contractuelle.

L'employeur rémunère un temps de travail à ses salariés. Mais le travail n'est pas du temps. Toutes les heures de travail ne se valent pas. Chaque jour, l'employé use de stratagèmes, propres ou développés collectivement, pour répondre aux tâches qui lui sont prescrites, en produisant un travail bien réel (DUMOND, 2016). Chaque journée étant ainsi différente de celle du lendemain.

Bien que juridiquement encadrées, les limites temporelles du travail sont très mouvantes. Bien souvent, on constate des disparités entre temps de travail contractuel et effectif. Les professions soignantes en sont d'ailleurs un bon reflet. Nous pouvons citer ici la gestion des transmissions inter-équipes en exemple.

⁷⁸ Mathématicien et Ingénieur français (1792-1843), particulièrement connu pour son théorème de la force de Coriolis.

⁷⁹ Dans son ouvrage, Du calcul de l'effet des machines.

⁸⁰ DUMOND J.P., Des concepts à l'action en GRH dans l'organisation de santé, Support de cours Master Management et Santé 1 et 2, Août 2016, p. 18

⁸¹ Ibid. Page 18.

⁸² DUMOND J.P., Cours de Gestion des Ressources Humaines, Master 1 MOS, 2016-2017.

⁸³ MONCHATRE S. et WOHL B., Introduction : saisir ce temps qui nous travaille, extrait de l'ouvrage Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 14.

⁸⁴ <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/temps-de-travail.php>, [Consulté le 4 Mars 2018]

A contrario, le temps de travail, parce qu'étant légalement encadré, peut également devenir régulateur des relations sociales dans l'entreprise. Et le salarié de faire « *usage de la norme temporelle pour marquer les limites de sa subordination*⁸⁵ ».

Si « *en 1850, le temps passé au travail représentait 70% du temps passé éveillé pendant une vie ; en 1900, il n'était plus que de 42% ; et aujourd'hui, avec la réduction du temps de travail, l'augmentation de la durée de la vie ou du temps de scolarité, il n'en représente plus que 7 à 8% !*⁸⁶ ».

Ces statistiques montrent combien le rapport au temps de travail a évolué au cours des deux derniers siècles. Certaines entreprises, en particulier des Startup, ont bien compris ce changement de paradigme en mettant en place des horaires libres, permettant aux salariés d'auto-gérer leurs journées, favorisant la conciliation entre sphère professionnelle et privée. Le temps de travail étant désormais rythmé par des rythmes individuels, bien plus que collectifs.

1.3.4 Travail et bien-être

Dans un passé, pas si lointain, le travail résumait une vie. Il n'en est désormais plus ainsi. Si la génération des Baby-boomers se projetait dans leur travail à l'échelle d'une vie, la génération Y, elle, préfère la multiplication des expériences à l'ancienneté. Et si dans la Rome Antique « travailler » rimait avec « se faire torturer », aujourd'hui on aspire à être heureux au travail. Mais le travail peut-il réellement être source de bien-être, voire de bonheur ?

La qualité de vie au travail est devenue un véritable enjeu pour les employeurs, qui commencent à comprendre et à prendre en compte le bien-être au travail comme un levier de prévention et de résolution de certaines problématiques de gestion des ressources humaines, comme l'absentéisme ou les risques psychosociaux. Notre établissement n'échappe d'ailleurs pas à cette tendance, profitant de la restructuration actuelle de la DRH pour nommer un Responsable des Relations Sociales, en charge du développement de la QVT. La QVT a également fait l'objet d'une cartographie des risques, présentée en thématique optionnelle dans le cadre de la certification V2014.

Cette préoccupation n'est pourtant pas nouvelle. Déjà en 2009, Yvon BRUNELLE⁸⁷ liait bien-être au travail et « *turn-over* » du personnel infirmier⁸⁸, en évoquant le cas des « *Magnet Hospitals*⁸⁹ » américains, modèle de réussite en la matière, notamment à travers la mise en place d'espaces dédiés à la mise en discussion du travail. Ce n'est pas sans rappeler l'organisation de forme « *apprenante* », mise en avant par des auteurs comme Yves CLOT et Michel GOLLAC⁹⁰ ; organisation reposant sur « *le développement du capital humain, sa pleine utilisation, la coopération via l'autonomie individuelle et la prise de décision collective*⁹¹ ». Autrement dit, il s'agit d'une forme d'organisation valorisant

⁸⁵VATIN F., Le temps mesure-t-il le travail ? Propos épistémologiques, extrait de l'ouvrage de MONCHATRE S. et WOEHL B.(dir.), Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 69.

⁸⁶RICHE P., « Le travail ne représente plus que 7% de notre vie éveillée ». Pour le sociologue Roger Sue, le déclin du travail marque une fracture de civilisation, Libération, 25/1/1997, www.liberation.fr/futurs/1997/01/25/le-travail-ne-represente-plus-que-7-de-notre-vie-eveilleepour-le-sociologue-roger-sue-le-declin-du-t_193045, [Consulté le 4 Mars 2018]

⁸⁷ Chercheur à la direction de l'organisation des services médicaux et technologiques du ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Canada).

⁸⁸ BRUNELLE Y., « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisation des Soins 2009/1 (Vol.40), p.39-48.

⁸⁹ Déjà en 1983, à travers l'étude « *Magnet Hospitals attraction and retention of professional nurses* », des groupes d'experts (MCCLURE M., POULIN M., D. SOVIE M. « et al »), faisaient ressortir cette catégorie particulière d'établissements, réussissant à fidéliser le personnel au moyen de techniques d'amélioration de la QVT et de mise en discussion du travail. Aux Etats-Unis, les « *Magnet hospitals* » font l'objet d'une accréditation délivrée par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) .

⁹⁰ Respectivement Psychologue du travail et Sociologue.

⁹¹ CLOT Y., GOLLAC M., Le travail peut-il devenir supportable, Armand Colin, Paris, 2ème édition, 2017.

l'autonomie par la co-construction de règles communes, ce qui en favorise l'application et le respect par le collectif⁹².

Si avant, le travail était signe de souffrance, de soumission et en lien avec des besoins purement économiques, l'introduction de la notion de bonheur dans la vie quotidienne des hommes l'introduit également au travail, ce dernier faisant partie du quotidien. La motivation au travail n'est plus seulement extrinsèque mais également intrinsèque à l'individu. Désormais on cherche à s'accomplir au travail, au travers d'une véritable quête de sens. Il en devient identitaire.

Mais « *l'épanouissement individuel n'est plus uniquement basé sur l'activité professionnelle mais sur un subtil équilibre couramment nommé « qualité de vie » alliant vie professionnelle et vie personnelle*⁹³ ».

1.3.5 Le planning : témoin de la vie sociale des acteurs

« *Le temps non seulement travaille mais est travaillé et construit socialement, sur la base des rythmes qui organisent la vie sociale*⁹⁴ ». Construire des plannings aux rythmes de travail respectant et favorisant également les temps sociaux des salariés est une préoccupation quotidienne, sinon permanente pour tout manager.

L'univers hospitalier semble tout particulièrement concerné par ce constat. Chaque tâche y est marquée par des rythmes temporels : on y cherche à diminuer les durées moyennes de séjour ou les temps d'attente des usagers, on y programme des actes, des interventions ou des consultations.

La garantie de continuité des soins, 24h sur 24h et 7 jours sur 7, y est un marqueur temporel tout particulier et majeur, tant il rythme l'ensemble de la vie de l'hôpital et de ses acteurs. C'est cette garantie de continuité des soins qui impose la mise à disposition des ressources nécessaires, en compétences et en nombre, sur des créneaux temporels ininterrompus et légalement définis.

Il incombe alors au cadre de garantir à la fois la présence des effectifs nécessaires à la permanence des soins et l'articulation de ces temps de présence avec la vie personnelle des agents.

On comprend alors la gymnastique intellectuelle complexe, nécessaire à chaque manager, pour parvenir à articuler leurs plannings. Tout cela, en tenant compte des contraintes de chaque agent, mais sans trop empiéter sur leur espace privé. Cela est d'autant plus marqué en période de pénurie d'effectifs et d'augmentation de la charge en soins. Le cadre consacre beaucoup de son temps à l'élaboration et au remaniement des plannings de service. Le planning initial, prévisionnel, n'est jamais identique au planning final, réellement travaillé. Chaque jour le cadre l'adapte aux absences, aux nouveaux arrivants, à l'activité du service. Le planning réalisé devenant ainsi le reflet des imprévus et de la vie sociale du service pendant une période donnée.

Pour parvenir à satisfaire les besoins en effectifs de son service, le cadre de soins use quotidiennement de nombreuses compétences et capacités. Il doit composer avec les différents profils, notamment générationnels, n'ayant pas toujours les mêmes rapports au travail. Bien souvent il doit négocier, en tentant d'instaurer un système donnant-donnant avec ses agents, « *la souplesse du cadre conditionnant la disponibilité des agents*⁹⁵ ». Les arrangements et changements entre collègues sont constants. Combien de fois les cadres ne font-ils pas revenir certains agents sur leurs temps de repos, en dévalorisant inconsciemment par la même occasion le rapport des salariés au travail ? De plus, de

⁹² Nous développerons un peu plus le propos sur ce type d'organisation en troisième partie d'écrit.

⁹³ BOURGEON D., SIMON O., BURGAUD V., BERNARDEAU N., PERCHER, CALVET K. « et al ». Le Planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir. Paris : Lamarre, 2013, 243 pages, p. 207.

⁹⁴ MONCHATRE S. et WOHL B., Introduction : saisir ce temps qui nous travaille, extrait de l'ouvrage Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 11.

⁹⁵ BOURGEON D., SIMON O., BURGAUD V., BERNARDEAU N., PERCHER, CALVET K. « et al ». Le Planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir. Paris : Lamarre, 2013, 243 pages, p. 65.

tels procédés requièrent des relations très personnalisées entre agents et managers, engageant ceux-ci aux limites entre domaine privé et professionnel.

Les travailleurs du secteur sanitaire sont particulièrement concernés par « *la 'contamination' du temps personnel par le travail*⁹⁶ ». Ils sont émotionnellement exposés du fait de la nature même de leur métier. Quotidiennement, ils emportent leur charge mentale à domicile où la sollicitation familiale vient se surajouter. Cette « *double charge psychique des travailleurs du care*⁹⁷ », pouvant alors devenir pathogène et être à l'origine d'un épuisement émotionnel.

Le temps de travail lui-même est source d'intrusion dans la sphère privée et sociale des travailleurs. Le principe de continuité des soins génère des horaires atypiques ; et qui dit horaires atypiques, dit problèmes d'articulation entre temps de travail et temps privés et de loisirs. Les métiers de la santé demandent une importante part en disponibilité et en adaptabilité. Et nombreux sont les soignants à exprimer des difficultés à maintenir des liens sociaux de qualité de par des horaires de travail incompatibles avec une vie en société dite normale. Déjà en 2004, l'étude PRESS-NEXT⁹⁸, traitant de la santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, mettait en évidence 54,1% de soignants déclarant ne jamais se livrer à des activités de loisirs ou moins d'une fois par mois.

Cela peut également générer un sentiment de culpabilité majeur chez les salariés, en particulier quand le foyer familial inclut des enfants. Bien souvent ils auront le sentiment de manquer de disponibilité et de ne pas passer assez de temps avec leur progéniture. Ainsi, la même étude PRESS-NEXT mettait en avant que plus de la moitié des soignants interrogés considéraient que leur travail rendait difficile la gestion de leurs responsabilités familiales.

De ce fait, la planification du temps de travail, si elle n'est pas propice, peut être source de souffrance familiale, potentialisant l'absentéisme et la survenance de risques psycho-sociaux.

Le planning est ainsi bien souvent central d'un point de vue familial et privé. Il permet, certes, d'organiser les rythmes de travail, mais surtout de « *libérer le temps hors travail*⁹⁹ » de chaque salarié. Ainsi, certains changements de vie entraînant un changement de l'organisation individuelle, auront par la même occasion des répercussions sur le planning, et ainsi sur toute l'organisation d'une équipe parfois. A l'inverse, toute « *désynchronisation des rythmes de travail (...) consiste de facto à modifier l'équilibre familial*¹⁰⁰ ». On comprend alors pourquoi il est si attendu chaque mois, et parfois source de préoccupation et de tension. Chacun ayant besoin de se projeter, en intégrant le travail dans son organisation privée.

L'attractivité d'un planning peut conditionner une embauche. Bon nombre d'établissements l'ont bien compris. L'un des marqueurs de cet aspect est la généralisation croissante des rythmes de travail en 12 heures, jugée avantageuse par la plupart des salariés, car libérant plus de journées de temps libre, favorisant ainsi les temps sociaux et familiaux. Notre établissement n'échappe pas à la règle. Le temps de travail soignant est majoritairement annualisé. Ayant bien compris les difficultés de certains salariés à concilier vie professionnelle et personnelle, notre direction multiplie les actions en faveur de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Une micro-crèche d'entreprise a ainsi vu le jour en 2015 et un service de conciergerie d'entreprise se développe actuellement.

⁹⁶ BOURGEON D., SIMON O., BURGAUD V., BERNARDEAU N., PERCHER, CALVET K. « et al ». Le Planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir. Paris : Lamarre, 2013, 243 pages, p. 144.

⁹⁷ Ibid. Page. 159.

⁹⁸ M. ESTRYN-BEHAR, « Santé, Satisfaction au travail et abandon du métier soignant », Etude PRESS-NEXT, partie 1, Janvier 2004.

⁹⁹ BOURGEON D., SIMON O., BURGAUD V., BERNARDEAU N., PERCHER, CALVET K. « et al ». Le Planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir. Paris : Lamarre, 2013, 243 pages, p. 141.

¹⁰⁰ Ibid. Page 159.

N'oublions pas également que les cadres, salariés eux-mêmes, subissent aussi des contraintes horaires. Les dépassements des temps de travail sont réguliers. Ils sont également soumis aux contraintes de continuité des soins, assurant ainsi des périodes d'astreinte. Et bien que les répartitions des temps de travail soient strictement encadrées par la loi, les cadres sont parfois contraints d'y déroger afin de satisfaire aux besoins de service.

A RETENIR

- Le rapport au temps et au travail est subjectif et « génération-dépendant ».
- Les managers valorisent le temps de travail tandis que les salariés valorisent leur temps libre.
- Aujourd'hui le travail n'est plus uniquement un moyen de subvenir à ses besoins primaires. Il doit également être vecteur d'épanouissement.
- Dans ce contexte, le planning devient un enjeu majeur, car représentatif de la jonction entre vie privée et vie professionnelle.
- Le rôle du cadre de santé, planificateur des temps de travail, se trouve alors en limite de frontière entre professionnel et privé.

1.4 Approche juridique

Tout projet doit également être juridiquement cadré. Le SIRH, parce qu'étant au cœur de la gestion des ressources humaines, l'est tout particulièrement. Outre le code du travail et certaines particularités historiques, notre établissement, parce qu'ESPIC, est également soumis à la Convention FEHAP 51. Mais le SIRH, en tant que système d'information, doit aussi répondre à des normes spécifiques, notamment en matière de protection des données personnelles. C'est donc un tour d'horizon de ces différentes normes que je vous propose dans ce chapitre.

1.4.1 Histoire de la réglementation du temps de travail

Pendant longtemps, la France a connu une absence de limitation du temps de travail, l'Etat considérant cela comme une atteinte au libre accès au travail. Les enfants de moins de 16 ans furent les premiers à bénéficier d'une limitation de leur temps de travail, par promulgation de la première loi de droit social, en 1841. Il s'agissait alors surtout de « *réduire la durée du travail au nom de la santé des travailleurs*¹⁰¹ ».

La loi 13 juillet 1906 établit l'obligation d'un jour de repos par semaine, en faveur des employés et des ouvriers. Il faudra attendre la loi du 20 juin 1936 pour que la durée de repos hebdomadaire passe à deux jours et pour que les salariés se voient accorder 2 semaines de congés payés par an.

La norme temporelle s'est ainsi constituée en trois grands temps :

- De 1830 à 1841 : consécration de « *l'intervention de l'Etat dans le domaine de la relation entre employeur et salariés*¹⁰² ».
- De 1841 à 1904 : habilitation des « *inspecteurs du travail comme acteurs chargés de faire respecter la loi et de sanctionner au besoin*¹⁰³ ».
- De 1900 à 1980 : définition de « *la norme temporelle pour tous avec une durée hebdomadaire stable, une durée journalière fixe, deux jours de repos consécutifs, enfin cinq semaines de congés*¹⁰⁴ ».

Nos normes contemporaines en matière de temps de travail ont ainsi vu le jour en une cinquantaine d'années.

A partir des années 80 on observe une rupture dans le principe interventionniste de l'Etat. Ainsi, les lois Auroux, adoptées en 1982, viennent renforcer les droits des salariés et de leurs représentants, et ouvrent la négociation collective aux entreprises¹⁰⁵. On entre alors dans l'ère de la négociation des temps de travail. 1998 sera marquée par la loi Aubry, instaurant la durée légale du travail à 35 heures hebdomadaires, et par la même occasion l'arrivée des RTT. Processus d'abord expérimental, négocié entreprise par entreprise, les 35 heures seront ensuite généralisées en 2003.

Le temps de travail, enjeu politique et social majeur car intimement lié à la régulation du taux de chômage et à l'accès à l'emploi, est régulièrement au cœur des débats et des réformes politiques. On peut citer ici en exemple le slogan de campagne de Nicolas SARKOZY en 2007 : « travailler plus pour gagner plus ». L'actuelle présidence n'échappe pas à la règle, le « plan Macron » prévoyant également une réforme du code du travail.

¹⁰¹ THOEMMES J., Libérer les temporalités de l'emprise des marchés : une question de théorie ?, extrait de l'ouvrage de MONCHATRE S. et WOEHL B.(dir.), Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 250 pages, page 154.

¹⁰² Ibid. Page 154.

¹⁰³ Ibid. Page 154.

¹⁰⁴ Ibid. Page 154.

¹⁰⁵ Lois ayant modifié environ un tiers du code du travail. Lois majeures en matière de protection des salariés. Elles créent, entre-autres, les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

1.4.2 La Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 (CCN 51)

Notre Fondation est un établissement ESPIC, anciennement nommé privé à but non lucratif. Sous forme associative, régie par la convention collective FEHAP 51¹⁰⁶, elle est juridiquement gérée par une personne morale de droit privé.

Financés sur le même principe que les établissements publics, tout comme eux, nous participons au service public hospitalier, duquel nous partageons les missions, à savoir :

- Garantir un accès égal pour tous à des soins de qualité constante.
- Assurer la continuité de prise en charge.
- Garantir des soins appropriés à chacun (mutabilité)¹⁰⁷.

S'agissant de garantir une permanence et une continuité des soins, la gestion des temps de travail est non seulement conventionnellement définie et encadrée, mais elle est également stratégique, car à la base de notre organisation hospitalière.

La durée hebdomadaire du temps de travail est de 35 heures. Mais « *la répartition des heures de travail est faite de manière à couvrir l'ensemble des besoins tels qu'ils résultent de l'organisation des services et de la nécessité d'assurer la continuité de la prise en charge des soins, de la sécurité et du bien-être des usagers, y compris la nuit, les dimanches et jours fériés* »¹⁰⁸. Doivent ainsi être pris en compte les impératifs de continuité des soins, mais également la pénibilité de certains rythmes de travail, comme le travail de nuit. Les accords d'entreprise sont nombreux au sein de notre établissement, permettant l'encadrement de ces situations spécifiques. Ainsi, nos personnels paramédicaux travaillent majoritairement en temps de travail annualisé (journées de 12h).

La construction même du planning¹⁰⁹ est strictement encadrée. Les temps de repos hebdomadaires sont clairement définis. Ainsi, « *le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour deux semaines dont au moins 2 consécutifs* »¹¹⁰. Les personnels étant amenés à travailler les weekends, ce qui est majoritairement le cas pour les paramédicaux hospitaliers, « *doivent pouvoir bénéficier, toutes les 3 semaines au minimum, de 1 dimanche compris dans les 2 jours de repos consécutifs* ». Et si l'organisation de service ne permet pas de répondre à cet impératif, « *le nombre de jours de repos est fixé à 2 jours en moyenne par semaine sur la période retenue en matière d'aménagement du temps de travail et le nombre de dimanches non travaillés sur l'année doit être au moins égal à 15, hors congés payés* »¹¹¹. Les horaires atypiques, comportant une certaine pénibilité, comme le travail de nuit, les périodes d'astreinte ou de garde sont également et particulièrement encadrés par la convention¹¹². Les congés annuels, mais aussi leurs modalités d'usufruit sont également finement détaillées¹¹³.

Signe de l'importante articulation entre vie professionnelle et vie privée représentée par le planning, son délai de production et de communication est lui-même encadré. Ainsi, au regard de la convention, il doit être établi au moins pour deux semaines et être affiché au plus tard 4 jours avant son application. En pratique dans notre établissement, les plannings sont établis pour un mois et affichés au plus tard 15 jours avant mise en application. Par ailleurs, ils doivent pouvoir être consultés par tout un chacun, à tout moment. Toute modification apportée devant être communiquée aux intéressés, sans délai.

¹⁰⁶ Convention Collective Nationale des Etablissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

¹⁰⁷ C. ZACHARIE, Cours de Droit de la Santé, M1 Management des Organisations Soignantes, 2016. Principes émanant des « lois de Rolland », fixant les obligations d'Universalité, Continuité, Adaptabilité et Neutralité.

¹⁰⁸ Convention FEHAP 51, Article 05.05.1

¹⁰⁹ Tableau de service dans la Convention.

¹¹⁰ Convention FEHAP 51, Article 05.05.2

¹¹¹ Article 05.05.2

¹¹² Article 05.04.2 et suivants

¹¹³ Article 09.03.1 et suivants

Une grande partie de la convention CCN51 est consacrée à l'encadrement du temps de travail, signe de son importance sociale. Cela étant, continuité de service obligeant, le planning est quotidiennement difficile à établir, notamment au regard des pénuries d'effectifs. D'où l'utilité de pouvoir bénéficier d'un outil de planification des temps et des activités aidant et fiable. Mais cet outil doit lui-même pouvoir répondre à certaines normes juridiques.

1.4.3 Législation et systèmes d'information

Le SIRH doit en effet pouvoir intégrer les différentes contraintes en matière de réglementation du travail et de la paie. En outre, il doit être capable d'intégrer les normes du Code du Travail, de la CCN51 ainsi que des nombreux accords d'entreprise en vigueur à la fondation. Il devra non seulement satisfaire à un paramétrage initial de ces différents aspects réglementaires, mais également pouvoir être évolutif afin de répondre aux changements de normes réguliers en matière de réglementation du travail. Une veille juridique est ainsi nécessaire.

Il doit également pouvoir répondre aux exigences en matière de sécurisation des données. Le SIRH est en effet réserve de nombreuses informations, sensibles et critiques, relatives aussi bien au parcours professionnel des individus, mais également à leur histoire de vie. Pouvoir garantir la sécurité de ces données est un aspect fondamental. Il est d'ailleurs prévu par la loi. Ainsi, la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans son article 34, prévoit que « *le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès* ». En outre, notre établissement est également tenu de procéder à une déclaration du personnel auprès de la CNIL, dans le cadre du règlement général de protection des données actuellement en vigueur. Mais face au développement des outils informatiques, la loi ne suffit pas. En effet, les évolutions techniques sont constantes. Et face à cela, les aspects juridiques, loin de suivre le mouvement, rattrapent plutôt un retard constant.

Mais le plus grand risque en matière de protection des données reste encore le facteur humain. D'autant qu'il est le moins contrôlable. Comment garantir que les acteurs ne commettent l'erreur de laisser leurs données de connexion accessibles aux yeux et su de tous ? Notre direction l'a bien compris. Face à la multiplication des applicatifs informatiques, un système d'authentification unique¹¹⁴ a été mis en place fin 2017, afin de permettre aux utilisateurs d'accéder à plusieurs applicatifs avec une seule identification. Mais ce système, a également l'avantage, et non des moindres, de sécuriser les données, l'authentification se faisant via une carte à puce personnelle. Ce système permet par ailleurs de prévenir que des sessions informatiques personnelles ne soient maintenues ouvertes en l'absence de l'utilisateur¹¹⁵.

Le développement du BYOD¹¹⁶ est également une importante source de risque en matière de protection des données. En effet, combien de cadres aujourd'hui n'ont pas accès à leurs mails professionnels à domicile via leur smartphone ? Et comment garantir le bon usage des données mises à disposition dans le cadre d'un usage « domestique » au cours d'une astreinte par exemple ? « *75% des organisations ont souffert de pertes de données provoquées par des collaborateurs négligents ou malveillants (...). Par ailleurs, chaque jour, plus de 50% des employés utilisent des terminaux mobiles pour transporter des données confidentielles en dehors des murs de l'entreprise*¹¹⁷ ».

¹¹⁴ Système « Single Sign-On » (SSO)

¹¹⁵ La même carte à puce permettant l'accès à différentes zones à accès restreint de l'établissement, les utilisateurs ont tendance à toujours veiller à sa récupération après utilisation.

¹¹⁶ L'acronyme « BYOD » est l'abréviation de l'expression anglaise « Bring Your Own Device ». Cela désigne l'usage d'équipements informatiques personnels dans un contexte professionnel. <https://www.cnil.fr/fr/byod-queles-sont-les-bonnes-pratiques>, [Consulté le 11/03/2018]

¹¹⁷ L. REUSING, DG sécurité mobile chez Imation, citée par STORHAYE P., dans l'ouvrage Le SIRH : Enjeux, facteurs de succès, perspectives. Paris : Dunod, 2013, 249 pages, p. 130.

On comprend alors l'enjeu que représente la formation, l'accompagnement et la sensibilisation des acteurs aux utilisations possibles des différents applicatifs.

Face aux risques informatiques, notre établissement tente de se prémunir au mieux, tout en poursuivant son important virage numérique. Il s'est notamment doté d'une Charte utilisateurs du système d'information. Cette dernière est remise à chaque nouveau salarié. Elle est également accessible à l'ensemble des salariés via la gestion documentaire unique de l'établissement. Mais cela reste insuffisant ; l'accompagnement des utilisateurs sur le terrain restant le levier essentiel de sensibilisation aux bonnes pratiques.

A RETENIR

- L'histoire de la réglementation des temps de travail est somme toute assez récente.
- L'établissement et la gestion du planning est soumis à des règles juridiques strictes.
- Ces règles émanent du code du travail, de la Convention CCN51 pour les établissements ESPIC, mais aussi des accords d'entreprise.
- Les systèmes d'information, sont également soumis à la réglementation, en particulier en matière de protection des données individuelles.
- Actuellement la réglementation suit difficilement les évolutions techniques des systèmes informatiques.

1.5 Analyse de l'existant

Je propose à présent une entrée en « pratique », par l'analyse des outils de GTA existants. Nous analyserons les différents processus et les outils qui y sont associés, ainsi que les utilisateurs. Ce tour d'horizon nous permettra d'identifier les différentes collaborations entre acteurs, ainsi que les limites de l'organisation existante.

1.5.1 Visualisation globale des processus existants

Pour cela, je vous propose tout d'abord une visualisation schématique des processus existants :

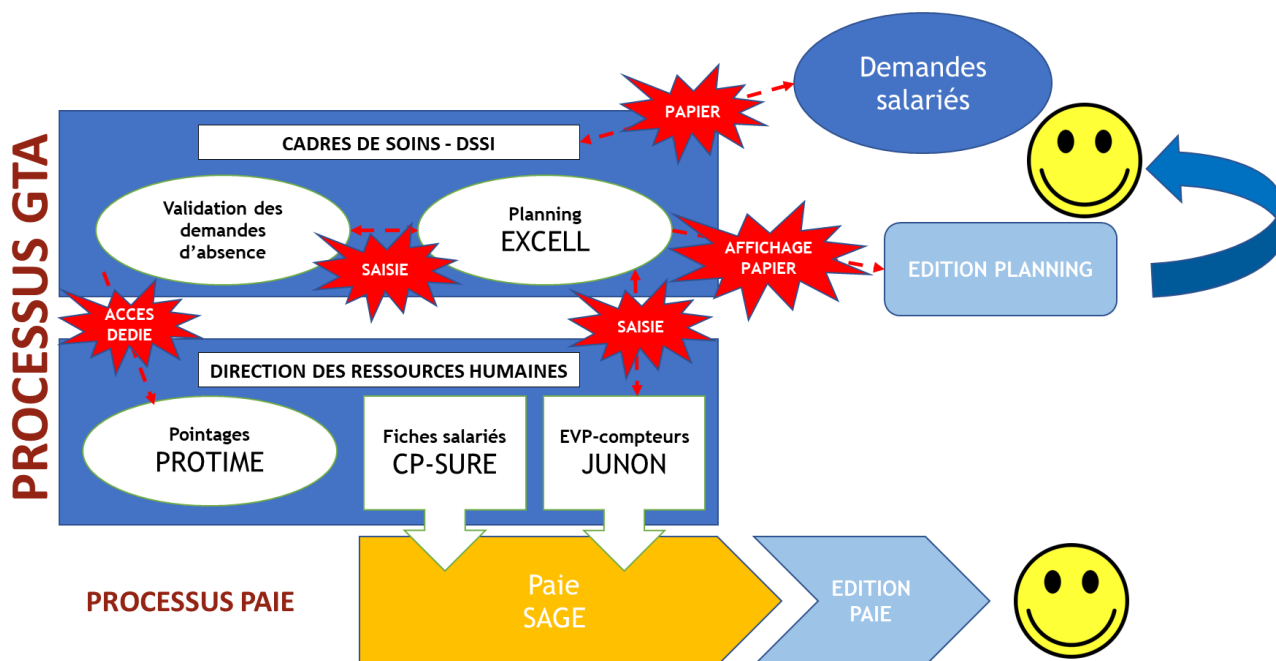


Figure 3: Schéma représentatif des processus existants

Ce « macro-schéma » nous permet de voir assez aisément le manque de fluidité des processus sous leur forme actuelle. Le processus global de GTA est en réalité un ensemble de sous-processus, peu harmonieux entre eux.

Cinq logiciels cohabitent : Excell pour les plannings, Protime pour les pointages salariés, Cp-Sure pour la gestion des fiches salariés, Junon pour les suivis de compteurs de présences et d'absences et Sage pour l'édition de la paie. Cette pluralité d'outils impose des saisies multiples entre acteurs de la DSSI et de la DRH, les différents logiciels n'étant pas interfacés entre eux.

Certains processus sont totalement absents. C'est le cas de la GPEC et de la QVT. En parallèle, les processus de formation et médecine du travail sont actuellement gérés indépendamment de la DRH.

Enfin, les circuits de validation et de communication se font au format papier, ce qui n'est ni optimal, ni éco-responsable.

1.5.2 La planification des temps de travail

Si les cadres de santé ne savent pas exactement combien de temps ils consacrent quotidiennement à l'élaboration et au remaniement de leur planning de service, en revanche ils s'accordent à dire qu'ils y consacrent une trop grande part de leur temps. Ce sentiment ressort d'ailleurs très nettement des données que j'ai pu recueillir auprès d'eux, lors des entretiens menés dans le cadre du présent projet.

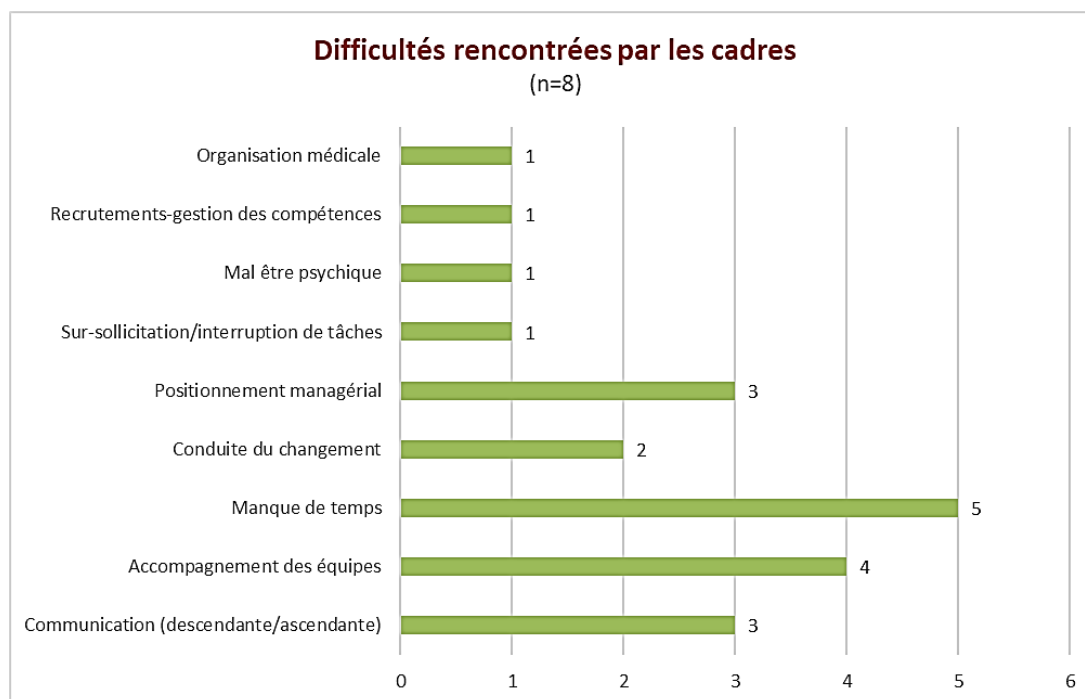


Figure 4: tableau des difficultés actuelles rapportées par les cadres de santé lors des entretiens individuels¹¹⁸

A la question « Quelles difficultés rencontrez-vous actuellement dans l'exercice de votre fonction de cadre ? », les interrogés évoquent majoritairement le manque de temps (5 cadres sur 8), puis l'accompagnement des équipes (4 cadres sur 8). Viennent ensuite les difficultés de positionnement et de garantie d'une bonne communication descendante et ascendante (3 cadres sur 8 pour les deux). Ceci donne effectivement l'image du cadre « empêché », qui ne serait pas la solution mais le problème, pour contre-paraphraser Mathieu DETCHESSAHAR¹¹⁹. Les cadres interrogés m'apparaissent effectivement comme des professionnels conscients du manque de temps qu'ils ont à consacrer à leurs équipes et soucieux de l'image professionnelle qu'ils peuvent leur renvoyer.

Le temps est un bien précieux pour le cadre. La réalisation et le suivi des plannings l'en ampute d'une large partie. La gestion des plannings ne bénéficie pas actuellement d'un outil dynamique et se trouve à contrecourant de la démarche de professionnalisation engagée au sein de l'établissement. Les cadres disposent de plannings construits sur fichier Excell. Les cycles de travail ne sont pas automatisés. Le cadre partant ainsi d'un fichier vierge chaque début de mois. Pour pouvoir réaliser son planning, il doit revenir sans cesse sur le fichier du mois précédent et user d'une flexibilité intellectuelle toute particulière, afin de garantir l'adéquation de sa planification avec la réglementation en matière de temps de travail. Dans ce contexte, impossible d'obtenir un comparatif entre planning prévisionnel et

¹¹⁸ Données issues des entretiens réalisés auprès des cadres de soins entre le 5 Décembre 2017 et le 8 Février 2018 (Annexe 7).

¹¹⁹ Mathieu DETCHESSAHAR est professeur des universités, au pôle de gestion et management de l'université de Nantes-Laboratoire d'économie et de management Nantes Atlantique. Je contre-paraphrase ici son article Santé au travail : quand le management n'est pas le problème, mais la solution, Revue française de gestion, Lavoisier, 2011/5 n°214, p.89-105.

planning réalisé. Le cadre adaptant son fichier « au fil de l'eau », seul le planning réalisé sera finalement disponible en fin de mois ; le seul moyen d'avoir une vague idée du planning initial étant les éventuels commentaires que le cadre aura inséré dans les cellules concernées au fur et à mesure des modifications apportées.

Chaque service ayant un fichier dédié et personnalisé, nous sommes actuellement bien loin d'une harmonisation des pratiques. Chaque planning est ainsi le reflet d'exigences purement graphiques et esthétiques de la part du cadre, mais aussi des spécificités organisationnelles du service concerné. A titre d'exemple, le cadre de Réanimation – USC bénéficie d'un code couleur spécifique selon qu'un infirmier est en roulement de nuit ou de jour, alors que le cadre de Neurochirurgie ne distinguera pas les heures supplémentaires éventuelles d'un agent qu'elles soient réalisées de jour ou de nuit.

Le suivi des compteurs se fait également sur ces mêmes fichiers Excell. Etant soumis à l'exactitude des formules de calcul paramétrées, ils imposent des vérifications fastidieuses et chronophages pour les cadres, en particulier en fin d'année. Heures de formation, de congés pour événement familial ou de grossesse, sont comptabilisées agent par agent, service par service, cadre par cadre. Les salariés badge physiquement. Mais les données de badgeage ne communiquent bien évidemment pas avec l'outil Excell. Si le cadre souhaite vérifier les heures de présence de ses agents, il devra le faire également agent par agent, par accès différencié à l'outil de pointage Protime.

Les salariés, quant à eux, n'ont pas accès à leurs données de pointage, ni à leurs compteurs personnels, tout du moins directement. Ils sont tributaires du cadre et de l'exactitude de ses calculs.

Malgré cela, les suivis de compteurs sont globalement bien assurés. Mais au prix de beaucoup d'énergie et de temps.

La mise à disposition du planning est également problématique. En effet, celui-ci est validé le 15 du mois en cours pour le mois suivant, par affichage « papier » dans chaque service. Mais les plannings souffrant d'ajustements constants, ils sont rapidement obsolètes, toute modification imposant (en théorie) un correctif de l'ensemble des supports existants. Et rare n'est pas le service où l'on retrouve des plannings non à jour. Sans compter que tout support papier peut également facilement disparaître. Ceci n'est pas sans risque, un défaut de communication à ce niveau pouvant potentiellement engendrer un risque de rupture au niveau de la continuité des soins.

1.5.3 Planification des activités

La planification des activités n'est pas non plus facilitée par la nature de l'outil actuel. Quand elle est existante, elle se fait surtout par un système de personnalisation supplémentaire. Par exemple, le cadre d'imagerie dispose d'un code couleur différent selon qu'un manipulateur est positionné en IRM, au scanner ou en radiologie. D'autres cadres, comme ceux de la NRI ou de Neurologie, ne distinguent pas les salariés, selon qu'ils sont positionnés dans un secteur ou un autre. Les cadres de bloc et d'anesthésie, eux, utilisent le logiciel de gestion du programme de bloc, Web100T, pour répartir les compétences IADE et IBODE dans chaque salle d'intervention. La cadre transport patient, elle, réalise un tableau Word hebdomadaire, en parallèle de son planning Excell, pour gérer la répartition des équipiers par secteur. En réanimation, certains personnels travaillent en alternance jour/nuit. Leur planning est géré par la cadre de jour de réanimation-USC. Les personnels fixes de nuit sont eux gérés par les cadres de nuit. Cela étant, elles partagent un même fichier de planning¹²⁰.

Leur façon de travailler étant différentes, le fichier finit par ne pas être complètement adapté aux usages des uns et des autres. De plus, ce fichier regroupant le planning d'environ 120 agents, il en

¹²⁰ Annexe 11.

devient difficilement lisible. Autant dire qu'il serait quasiment impossible de gérer des répartitions d'activités sur ce type d'outil.

Là encore, nous sommes bien loin d'une harmonisation des pratiques. De plus, ce *modus operandi* n'encourage ni ne facilite la gestion et la répartition des personnels par compétences. Par ailleurs, face à la multiplication des spécificités de chacun, chaque planning en devient parfois indéchiffrable par les autres. Ce qui est problématique, entre autres en période d'astreinte ou de congés.

1.5.4 Validation des demandes des salariés auprès des cadres de santé

Avec le type d'outil actuellement utilisé, l'essentiel des validations de processus se fait sous format papier ou oralement. Ainsi, les demandes de congés annuels se font via le remplissage d'un formulaire papier dédié¹²¹, disponible dans la gestion documentaire institutionnelle. Le salarié remplit cette demande, puis la transmet à son cadre de service, qui en apprécie la validation lors de l'établissement du planning prévisionnel.

Aucune procédure ne régit les modalités de prévenance du service en cas d'arrêt maladie, la seule obligation pour le salarié étant de motiver son absence dans un délai de 48h. Parfois le salarié appelle dans le service, parfois un collègue, d'autres fois le cadre ou la Direction des Soins. Parfois il ne prévient pas. Selon le cas de figure, la personne ayant reçu l'information prévient le cadre ou la Direction des Soins pour déclenchement d'une demande de remplacement. Une absence est alors notée sur le planning de service, selon la nomenclature choisie par la personne se chargeant alors de son remplissage.

Un formulaire papier dédié à la validation des échanges entre collègues existe également¹²². Son objectif initial était de garder une trace de la validation de ces échanges en cas de litige entre agents. Mais ce formulaire tend à ne plus être utilisé, les échanges entre collègues étant trop nombreux et réguliers. La validation des échanges se fait ainsi le plus souvent à l'oral auprès du cadre, qui modifie le planning en direct, en ajoutant éventuellement une zone de commentaire libre.

En revanche, une amélioration notable a été apportée à la gestion des demandes de remplacement et d'heures supplémentaires, via la mise en place de la solution applicative Whoog en 2017. Cet outil, innovant et simple d'utilisation, permet aux cadres de lancer des demandes de remplacement, de façon autonome, via application informatique. De leur côté, personnels fixes et vacataires s'inscrivent de façon volontaire et gèrent leur temps de mise à disponibilité, par connexion/ déconnexion auto-gérée. Cela permet également une répartition équitable des heures supplémentaires, le logiciel sélectionnant les agents contactés de façon aléatoire. Et les résultats sont probants :

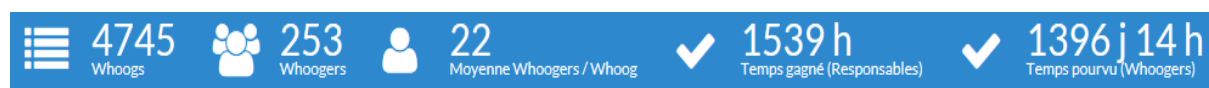


Figure 5: Tableau de bord Whoog au 17 Mars 2018¹²³

En un an d'utilisation, nous comptons 253 professionnels inscrits. 4745 demandes de remplacement ont été lancées. 55,41%¹²⁴ de ces demandes ont été pourvues via l'outil Whoog. Mais c'est surtout le

¹²¹ Annexe 8.

¹²² Annexe 10.

¹²³ Source : <https://backoffice.whoog.com/business/>, [Consulté le 17 Mars 2018]

¹²⁴ Statistiques Whoog, entre le 1^{er} Avril 2017 et le 1^{er} Mars 2018, <https://backoffice.whoog.com/business/>, [Consulté le 17 Mars 2018]

gain de temps qui est mis en avant par nos managers. Depuis sa mise en service, l'outil estime le temps managérial gagné à 1539 heures. En cas d'échec de remplacement via le Whoog, le cadre de soins transmet alors une demande d'intérim à la DSSI, par fax ou mail. La DSSI se chargeant alors d'évaluer cette demande avant sollicitation des agences de travail temporaire.

Cet outil managérial, dynamique, a su s'imposer et devenir un allié des cadres au quotidien. En revanche, il demeure à ce jour un outil isolé car non interfacé avec une solution de SIRH plus globale. Ainsi, malgré les possibilités évolutives offertes, une validation au format papier des heures supplémentaires¹²⁵ et des contrats des personnels vacataires perdure pour le moment.

1.5.5 Communication des données entre cadres de santé et DRH

Actuellement, plusieurs outils et pratiques cohabitent. La paie et les compteurs journaliers sont gérés par le logiciel Junon. Les pointages de présence sont quant à eux tracés sur le logiciel Prottime, via des badgeuses physiques. Les cadres ont accès à l'outil Prottime pour contrôle et saisie manuelle éventuelle des heures de présence des agents. En revanche, seuls certains cadres de santé ont accès à l'outil Junon. On comprend alors rapidement que la gestion des éléments variables de paie mensuels s'en trouve compliquée, de part des saisies multiples nécessaires sur ces différents outils.

Ainsi, en fin de mois, et avant le 15 du mois suivant, chaque cadre vérifie le planning réalisé de son service et met à jour ses compteurs sur son tableau de planification des temps Excell. En s'appuyant sur le planning, il remplit un tableau de décompte des heures de dimanches et jours fériés, le valide et le transmet à la DRH au format papier. Il en va sensiblement de même pour la validation des heures supplémentaires. L'agent ayant effectué des heures supplémentaires au cours du mois, transmet sa feuille à son cadre de service. Ce dernier vérifie alors la compatibilité entre les heures déclarées par l'agent et les plannings de service (le sien, mais aussi ceux de ses collègues selon le service dans lequel les heures supplémentaires ont été réalisées). Il croise ensuite ses données avec les données de pointage Prottime, pour s'assurer de la présence effective de l'agent les jours concernés. Enfin, il envoie les originaux des feuilles d'heures supplémentaires à la DRH pour paiement, ainsi qu'une copie à la DSSI pour archivage. A réception, le gestionnaire de paie saisit ces éléments variables de paie sur le logiciel Junon, pour les cadres n'y ayant pas accès (les autres auront saisi eux-mêmes ces éléments variables sur le logiciel). Heures supplémentaires, dimanches et jours fériés sont ainsi payés aux agents avec un mois de décalage.

La gestion des congés annuels est somme toute assez semblable. En début d'année d'exercice, la DRH transmet à chaque cadre de service, un extrait des compteurs Junon des agents. Ces compteurs stipulent le nombre de jours de congés annuels auxquels les agents ont droit, ainsi que le nombre de prises de poste à réaliser sur l'année. Les cadres reportent alors ces compteurs sur leurs compteurs de planning Excell. Lorsqu'un agent souhaite poser ses congés annuels, il se procure et remplit la feuille de demande dédiée, disponible dans la gestion documentaire interne, puis la transmet à son cadre de service. Ce dernier, après validation, envoie l'exemplaire original à la DRH et une copie à la DSSI pour archivage. A réception, le gestionnaire de paie met à jour le compteur de congés de l'agent concerné sur le logiciel Junon.

¹²⁵ Annexe 9.

Le principe reste le même pour la qualification des absences ponctuelles des agents. A réception des justificatifs d'absence, la DRH envoie un mail de confirmation au cadre de l'agent concerné, permettant à ce dernier de mettre à jour le planning de service. En revanche, aucune alerte n'est donnée en cas d'absence de justificatif, le cadre restant en charge de vérifier son planning en fin de mois. Il doit s'assurer de la justification des absences du mois passé auprès de la DRH, puis aviser au cas par cas, en cas d'absences injustifiées.

Enfin, si le cadre de santé recherche des informations d'ordre institutionnel ou légal, il devra également en faire la demande auprès de la DRH, en s'enquérant au préalable de s'adresser au bon interlocuteur. Ces demandes se font le plus souvent par mail ou oralement.

Cette organisation, compliquée et chronophage, ne favorise en rien l'autonomie et la responsabilisation des différents acteurs. Si les cadres souhaitent s'assurer de l'exactitude de leurs compteurs, ils doivent en faire la demande à la DRH. De la même manière, ils restent tributaires de la DRH pour connaître le nombre de prises de poste à réaliser par un agent embauché en cours d'année. De leur côté, les gestionnaires de paie dépendent des cadres pour la transmission des éléments variables de paie en temps voulu. Les failles de cette organisation se sont d'ailleurs très sensiblement fait ressentir dernièrement, à l'occasion de la restructuration en cours de notre DRH. Des écarts de paie, parfois très importants, sont ainsi apparus au mois de Février 2018. C'est une organisation non optimale, mais aussi source d'erreur. Par ailleurs, elle ne répond pas pleinement aux normes légales en termes de gestion des temps de travail. Mais nous y reviendrons plus précisément en seconde partie.

1.5.6 Sécurisation des données

« Un système d'information peut être défini comme un ensemble de ressources (personnel, logiciels, processus, données, matériels, équipements informatiques et de télécommunication...) permettant la collecte, le stockage, la structuration, la modélisation, la gestion, la manipulation, l'analyse, le transport, l'échange et la diffusion des informations (...) au sein d'une organisation¹²⁶ ». Cette définition laisse entrevoir une complexité pratique certaine. En effet, la multiplication des sources d'informations, nécessaire au développement de toute organisation dynamique, implique également une grande rigueur quant à l'exploitation de celles-ci. A l'ère où l'on prône l'implication des acteurs, où les réseaux sociaux d'entreprise cherchent à se développer, à l'égal de leurs homologues civils, une sécurisation des données personnelles doit être garantie. De plus, les organisations ne peuvent-elles pas être tentées d'utiliser la masse grandissante d'informations dont elles disposent afin de servir certains intérêts moins louables ?

Or, au regard du contexte organisationnel décrit ci-dessus, on comprend très rapidement que la sécurisation des données fait partie intégrante des enjeux du projet. L'outil Excell est en utilisation partagée. La gestion des droits d'accès aux différents fichiers est gérée par l'assistance de la DSSI. Selon le profil des utilisateurs, les droits seront octroyés en lecture seule ou également en écriture, pour l'ensemble des fichiers ou seulement à certains. Les utilisateurs étant nombreux et les profils divers, cette gestion demande une minutie et une attention toute particulière pour éviter que des droits ne soient octroyés aux « mauvaises » personnes.

Par ailleurs, Excell ne permet pas un accès simultané à plusieurs utilisateurs sur un même fichier. Régulièrement, les utilisateurs sont amenés à se contacter mutuellement, par téléphone ou par mail, afin de récupérer la main sur les fichiers souhaités. Par ailleurs, si un utilisateur omet de se déconnecter

¹²⁶ <https://www.universalis.fr/>, [Consulté le 11 Novembre 2017]

en quittant son poste, il handicape d'autres utilisateurs souhaitant travailler sur les fichiers concernés. Cela est particulièrement fréquent la nuit et les weekends. Le cadre concerné devra alors attendre le lendemain pour pouvoir procéder à la mise à jour de son planning. De plus, si un utilisateur ne remarque pas que son fichier est déjà en cours d'utilisation (mode lecture seule), il ne pourra pas enregistrer ses données en fin de session, au risque de perdre le fruit du travail réalisé. Enfin, cet outil reste également vulnérable face à l'erreur humaine. En effet, les plannings actuels étant des fichiers personnalisés, nous ne sommes pas à l'abri de modifications, volontaires ou involontaires, apportées sur certains fichiers, au détriment des utilisateurs habituels.

Par mesure de sécurité, ces fichiers communs de planification sont sauvegardés sur les serveurs informatiques de l'établissement. Bien que la sécurisation de ces serveurs soit poussée à l'extrême, nous ne sommes pas non plus à l'abri d'une défaillance technique pouvant engendrer une perte de données importante.

1.5.7 Ressources humaines impliquées

N'oubliant pas que derrière l'outil c'est avant tout de l'humain qu'il s'agit, je vous propose à présent de nous intéresser aux principaux acteurs concernés par le processus actuel de GTA.

1.5.7.1 Les cadres de santé

En tant que premiers utilisateurs du planning, les cadres de santé sont également les premiers à subir ses limites actuelles. L'aspect chronophage, précédemment évoqué, ressort régulièrement des discours. Cela s'en trouve d'autant plus exacerbé à l'approche de la certification V2014, prévue en Février 2018. Les projets s'accumulent et s'enchaînent. Le temps de l'appropriation n'est plus laissé aux équipes. Et le temps de l'accompagnement n'est plus laissé aux cadres. Cela se ressent d'ailleurs au travers des entretiens menés :

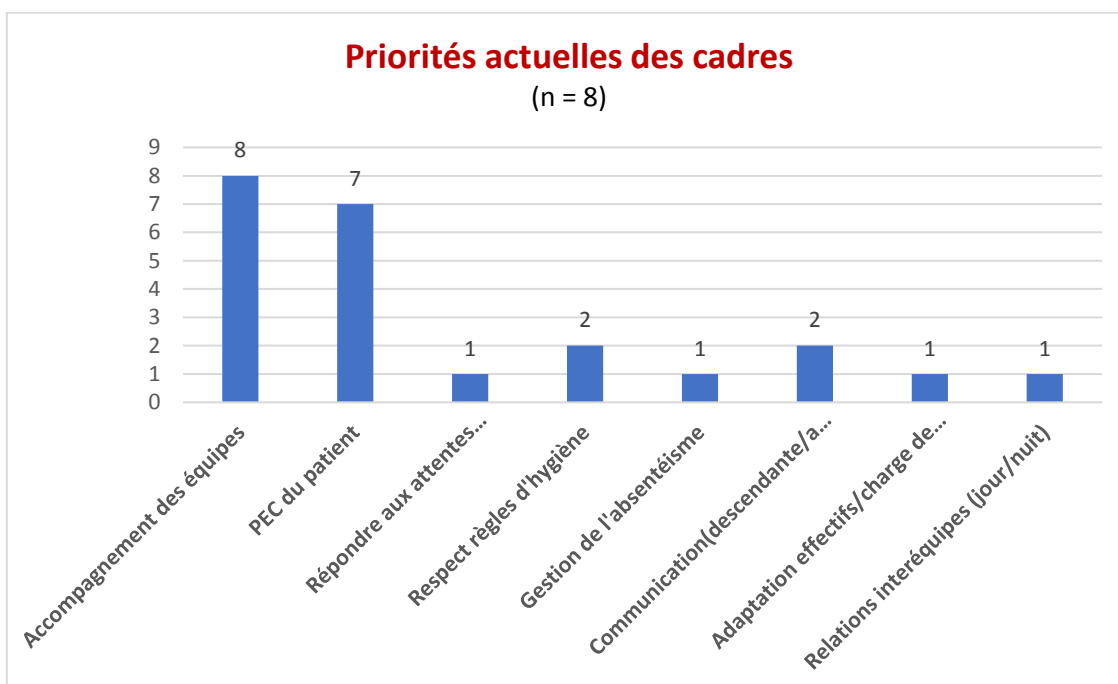


Figure 6: Priorités exprimées par les cadres de santé lors des entretiens individuels¹²⁷

¹²⁷ Données issues des entretiens réalisés auprès des cadres de soins entre le 5 Décembre 2017 et le 8 Février 2018 (Annexe 7).

Face à un temps de plus en plus contingenté, l'accompagnement des équipes reste prioritaire pour l'ensemble des cadres interrogés. S'ensuit ensuite la bonne prise en charge des patient (pour 7 cadres sur 8). On remarque ainsi que, devant le manque de temps, le cadre de santé priorise ses actions et se tourne vers ce qu'il juge essentiel : le patient et l'équipe. Même dans un contexte de certification imminente, les injonctions hiérarchiques sont reléguées au second plan. Il en va de même pour les préoccupations autour du planning, comme la gestion de l'absentéisme. Bien que très chronophage, le planning n'est cependant pas considéré comme prioritaire. Et en temps de crise temporelle, le cadre se tourne vers l'essence même de sa fonction : l'humain et la bonne prise en soin.

L'analyse des comptes rendus des réunions de cadres est tout aussi intéressante :

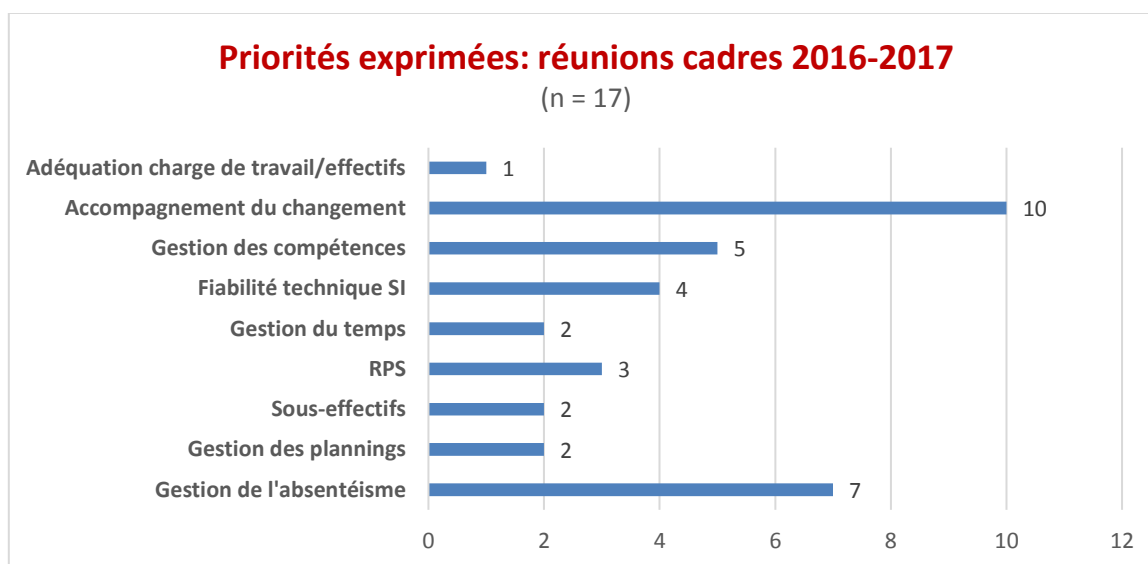


Figure 7: Priorités exprimées par les cadres lors des réunions d'encadrement des années 2016 & 2017¹²⁸

A l'inverse, quand les cadres ne se trouvent pas dans un contexte réel de manque de temps, la gestion de l'absentéisme reprend le dessus. Cependant la plupart des cadres de notre établissement ne ressent pas de freins de la part de la Direction des Soins en matière de gestion de l'absentéisme. Les personnels absents sont quasiment systématiquement remplacés. Et les demandes en renfort d'effectifs, si justifiées, sont également régulièrement satisfaites. Malgré cela, la gestion de l'absentéisme reste un sujet embolisant pour 41% des cadres. Ceci s'explique, non seulement par l'aspect chronophage de sa gestion, mais également par les impacts, souvent négatifs, qu'il engendre au sein des services.

Mais les fondamentaux ne sont jamais bien loin. En effet, l'accompagnement du changement reste un sujet prédominant auprès de 59% des cadres. Notre fondation est riche de projets. Le changement est désormais familier. Néanmoins, les cadres n'ont pas toujours le sentiment de se consacrer pleinement à son accompagnement auprès des équipes.

La gestion de l'absentéisme, par le temps qu'elle phagocyte, n'est-elle finalement pas vécue comme un frein supplémentaire à un bon accompagnement des équipes et des patients ? L'analyse des priorités des cadres me laisse à penser que l'optimisation des processus de GTA ne doit pas être uniquement vécue comme un apport d'outil managérial supplémentaire. Selon moi, il s'agit avant tout d'optimiser le temps des cadres, en les « désempêchant » dans leurs fonctions primaires : l'accompagnement des équipes et la bonne prise en charge des patients.

¹²⁸ Données issues de l'analyse de l'ensemble des comptes rendus de réunion de cadres des années 2016 et 2017 (Annexe 6).

1.5.7.2 Assistante DSSI : une compétence critique

L'administration de l'ensemble des fichiers de planification repose aujourd'hui sur une seule personne : l'assistante de la DSSI.

En début d'année d'exercice, elle est en charge du remaniement de l'ensemble de ces fichiers. Pour cela, elle les construit, un par un, service par service, en prenant soin de consulter chaque cadre de service, et en répondant précisément à chaque demande de personnalisation. Au total, ce ne sont pas moins de 29 classeurs Excell de planification qui sont ainsi construits, incluant les plannings de service, mais aussi d'astreintes paramédicales. Chacun étant lui-même composé de plusieurs fichiers, pour gestion des différents compteurs et suivis individuels par agent. En cas de restructuration de services ou d'équipes en cours d'année (ce que le dynamisme actuel de l'établissement engendre souvent), elle réitère cet exercice afin d'adapter l'outil de planification aux évolutions structurelles.

Par ailleurs, l'outil Excell ne permettant pas un croisement dynamique des données, la gestion des plannings des personnels du pool de remplacement s'en est trouvée compliquée. Ce qui a généré un « glissement de tâche » sur l'assistante DSSI, qui gère également le planning des IDE et des AS du pool, au regard des besoins en effectifs identifiés dans les différents services. Devenue ainsi référente du pool par la force des choses, elle se charge également de la gestion de leurs demandes d'absences et de leurs éléments variables de paie.

Au surcroît de charge de travail que cette gestion d'ordre « RH » engendre, elle est également génératrice de nombreuses interruptions de tâches, que ce soit pour des demandes de remaniement de planning ou d'ordre technique. A cela s'ajoute également le temps que notre assistante consacre à la formation de chaque cadre ou FFCI à l'utilisation de ces fichiers.

Notons également une certaine désresponsabilisation de la part de certains acteurs, se reposant parfois un peu trop aisément sur cette fonction de référence, lui déléguant certaines tâches ne lui incombant pas de prime abord, comme la gestion de certains absentéismes ou certaines tâches administratives.

Au-delà de l'investissement temporel et personnel que ce travail représente, c'est une compétence critique qui est ici clairement identifiée. Et il conviendra d'en tenir particulièrement compte dans le cadre de la mise en place de notre projet.

1.5.7.3 La Direction des Ressources Humaines

Lien entre l'institutionnel et le salarié, en particulier d'un point de vue financier, la DRH subit les contraintes du système organisationnel actuel. Non à l'abri de l'erreur, elle subit de « plein fouet » les réclamations et desideratas des salariés. Ayant atteint ses limites en capacité de réponse aux demandes institutionnelles et légales, elle n'est pas également prête à affronter les évolutions à venir, notamment en matière de GPEC et d'amélioration de la QVT. C'est donc avec une impatience certaine que la DRH attend la mise en place du nouveau SIRH. Mais cela ne saurait se faire sans une importante restructuration du service même ; la DRH, sous sa forme actuelle, n'étant pas en capacité d'affronter les évolutions futures, que ce soit en termes d'organisation comme en effectifs.

1.5.7.4 Les salariés

A l'heure actuelle, les salariés ne sont pas directement acteurs de la gestion de leur temps de travail. Comme évoqué précédemment, leurs demandes d'absences se font sur support papier. Au mieux, il leur est remis une copie du document initialement transmis, signé par le cadre et attestant de l'acceptation ou du refus de la demande.

Les salariés sont également tributaires du cadre pour la mise à disposition et la consultation de leur planning. Celui-ci doit les prévenir de tout changement éventuel et s'assurer de l'affichage de la version papier mise à jour. Bien souvent, les agents absents les jours d'affichage de planning, téléphonent à leurs collègues afin d'en connaître le contenu. Par ailleurs, nous constatons également des disparitions inopinées régulières des plannings papier.

Quand on considère l'importance que représente le planning, tant il implique également la gestion de la propre vie privée des agents, on comprend aisément que cette forme de dépendance ici constatée ne puisse pas trouver grâce à leurs yeux. Par ailleurs, elle ne favorise en rien leur autonomie et leur responsabilisation.

1.5.7.5 Les médecins

Les médecins ne « badgent » pas leurs temps de présence à l'heure actuelle. Ils ne bénéficient pas non plus d'une planification des temps de présence à proprement parlé. Par exemple, il n'existe aucune visibilité des temps de présence effectifs au cours des périodes d'astreinte.

Mais la gestion la plus problématique est celle des temps de congés des médecins, car impactant directement la planification des blocs. Cette absence de visibilité, à plus ou moins long terme, est très souvent problématique en matière de programmation. Elle ne permet pas une optimisation des programmes opératoires, engendrant par la même occasion des pertes financières potentielles. Par ailleurs, c'est également problématique en matière d'anticipation des périodes dites « vertes¹²⁹ ».

Le bloc est souvent considéré comme « le nerf de la guerre ». Plusieurs stratégies d'incitation à la déclaration des temps de présence médicaux ont été entreprises par notre direction. Mais le taux d'adhésion reste pour le moment insuffisant et la visibilité à moyen et long terme moindre.

Le projet SIRH sera peut-être également l'occasion de contourner ces barrières, culturellement et politiquement médicales ?

A RETENIR

- Le processus de GTA existant ne permet pas une harmonisation des pratiques ni une autonomisation des acteurs.
- Plusieurs supports cohabitent. Ils peuvent être simultanément utilisés par différents acteurs, majorant les risques d'erreurs de saisie et ne garantissant pas une sécurisation des données.
- L'une des difficultés exprimées par les cadres est le manque de temps, en particulier de celui qu'ils souhaiteraient consacrer à l'accompagnement quotidien des équipes et à la bonne prise en charge des patients.
- Des outils informatisés isolés, comme le Whoog, tendent à démontrer que la mise en place d'outils dynamiques et favorisant l'autonomie des acteurs peuvent être vecteurs de bons résultats, en particulier en matière de gain de temps.
- Il faudra tenir compte des compétences critiques de l'Assistante DSSI dans la mise en place du nouvel outil de GTA.
- Le projet SIRH suppose également une importante restructuration de la DRH.
- Se pose, en marge de projet, la question de la GTA médicale, quasi inexistante à ce jour.

¹²⁹ Congés d'été, fêtes de fin d'année et ponts de Mai.

2. LE NOUVEAU SYSTEME D'INFORMATION EN RESSOURCES HUMAINES, OU LA COMMUNICATION EN « WORKFLOW¹³⁰ »

Dans cette seconde partie, nous allons nous pencher plus précisément sur le nouveau SIRH. Dans un premier temps, nous nous placerons en mode projet, et ferons émerger les attendus en termes de plus-value de la nouvelle organisation. Sans oublier les risques prévisionnels et les solutions à envisager. Nous ferons également un détour d'ordre pratique afin d'évaluer les besoins matériels et humains associés au projet, pour finir par une analyse financière globale. Puis, dans un second temps, nous nous intéresserons à la conduite du changement et au pilotage associé. Nous analyserons les adhésions et les résistances rencontrées, avant de nous attarder plus en détail sur les attentes des cadres de santé. Sans oublier les modalités d'évaluation du projet. Puis, nous terminerons par un descriptif des barrières et des difficultés rencontrées.

2.1 LE PROJET « SIRH »

Intéressons-nous tout d'abord à la nature même de la nouvelle organisation. Après un descriptif du projet et de ses modalités pratiques de mise en place, nous analyserons les attentes institutionnelles et individuelles vis-à-vis du nouvel outil de GTA. Puis, nous exposerons les risques prévisionnels associés au projet, ainsi que les moyens de maîtrise pouvant être envisagés. Enfin, nous terminerons ce chapitre par une mise en avant des besoins matériels et humains générés. Sans oublier une analyse financière du projet.

2.1.1 Processus de sélection des prestataires

2.1.1.1 Appel public à la concurrence

Bien que n'ayant pas de caractère obligatoire au sein des établissements ESPIC, mais au regard de son importance organisationnelle et financière, le projet SIRH a fait l'objet d'un avis d'appel public à la concurrence¹³¹. L'appel d'offre portait sur deux lots :

- Le premier, relatif au module de GTA.
- Le second, relatif au module d'administration du personnel, de la paie, de pilotage de la fonction « ressources humaines » et de la masse salariale, de GPEC, de Formation et de QVT.

Les candidats avaient la possibilité de concourir pour l'un des deux lots ou pour les deux à la fois. Les candidatures devant être réceptionnées par la DSI avant le lundi 18 septembre 2017 à 16h.

2.1.1.2 Ouverture et pré-analyse des dossiers de candidature

La commission d'ouverture des offres a suivi le mardi 19 Septembre 2017. Elle a eu lieu en comité restreint, composé du Directeur des Ressources Humaines, du Directeur des Systèmes d'Information et de moi-même. Huit dossiers de candidature ont ainsi été retenus : trois relatifs au premier lot, quatre au second et un ayant concouru aux deux lots.

¹³⁰ Anglicisme signifiant « flux de travaux ». Désigne ici des processus de validation informatisés et dynamiques entre acteurs.

¹³¹ Cahier des charges en annexe 3.

Il a ensuite été décidé d'une répartition des dossiers de candidature, pour analyse détaillée, comme suit :

- Analyse des dossiers de candidature au premier lot réalisée par moi-même.
- Analyse des dossiers de candidature au second lot réalisée par le DRH.
- Analyse technique et financière en charge du Directeur Général Adjoint Ressources et du Directeur des Systèmes d'Information.

2.1.1.3 Validation finale en COPIL

L'analyse des dossiers de candidature a été présentée en Comité de Pilotage élargi le 11 Octobre 2017. Ce comité, pluridisciplinaire, est constitué du Directeur Général Adjoint en charge des Ressources, du Directeur des Systèmes d'Information, du Directeur des Ressources Humaines, d'un Chef de Projet en Applicatifs Informatiques, d'un Gestionnaire de paie, du Contrôleur de Gestion, de la Secrétaire du Comité d'Entreprise, du Référent RH du service clientèle, de l'Infirmière du Service de Médecine du Travail, de l'Assistante de la DSSI et de moi-même en tant que Chef de Projet DSSI.

Après analyse des différents dossiers de candidature au premier lot, le COPIL a établi la grille suivante de cotation des candidats :

	Ratio	OCTIME	PROTIME	NIBELIS	ASYS
Réponse aux besoins fonctionnels et autres fonctionnalités disponibles	40%	40	30	15	35
Accompagnement à la mise en place	10%	8	9	7	10
Références du prestataire dans le secteur de la santé	20%	20	5	5	20
Coût global de la proposition, maintenance et assistance incluses	30%	25	30	15	10
TOTAL	100	93	74	42	75

Figure 8: Grille de cotation des candidats au lot 1 (GTA)¹³²

Un seul candidat ayant déposé un dossier pour les deux lots à la fois (NIBELIS), et au regard de la légèreté du dossier proposé, il est rapidement apparu évident aux membres du COPIL qu'il faudrait choisir un candidat distinct pour chaque lot.

Ainsi, le prestataire OCTIME a été retenu la gestion des temps et des activités. CEGID a par ailleurs été retenu pour le second lot, principalement relatif à la paie, avec un ratio de conformité de 85%. Le choix du prestataire CEGID a d'ailleurs en partie été motivé par l'existence de collaborations actives avec le prestataire OCTIME, au sein d'autres établissements de santé.

¹³² Extrait de la grille de cotation globale, lot 1 GTA, établie le 11 Octobre 2017.

Notons que, bien que le lot 1, relatif à l’outil de GTA, soit l’objet principal du présent projet managérial, il reste néanmoins intimement lié à la mise en place du lot 2, concernant principalement la paie. Nous y ferons ainsi régulièrement allusion.

2.1.1.4 Planning de déploiement

Signe du lien étroit existant entre les deux lots, leurs calendriers de déploiement sont étroitement imbriqués et dépendants l’un de l’autre :

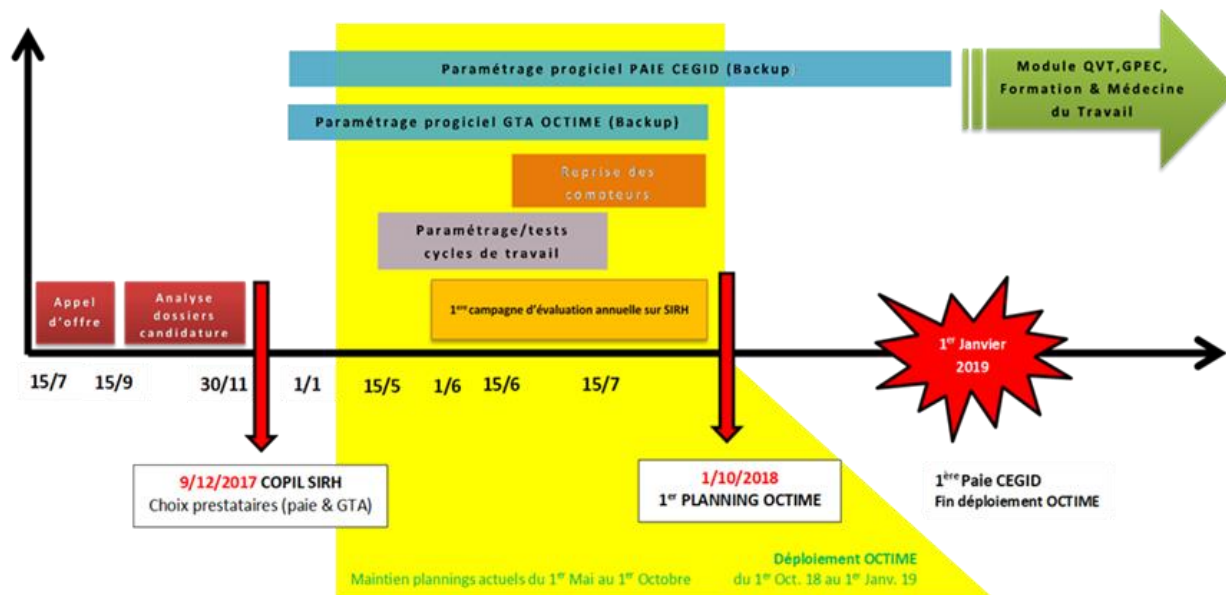


Figure 9: Planning prévisionnel de déploiement de projet

Une période de paramétrage parallèle se déroulera sur la période de Janvier à Septembre 2018. Pendant cette période, il sera fondamental de veiller à ce que les deux prestataires se coordonnent et communiquent entre eux, de façon à ne prendre aucun retard sur les différentes phases du projet.

La première prise en main des cadres sur le nouveau SIRH se fera sur l’outil CEGID entre Juin et Septembre 2018, par la mise en œuvre de la première campagne dématérialisée d’évaluations annuelles.

En parallèle, une phase importante de paramétrage et de tests interviendra entre Mai et Juillet. Des services pilotes seront intégrés à cette phase de tests, afin que les différentes configurations de paramétrage puissent correspondre à la réalité des pratiques. De cette phase de tests dépendra en grande partie le succès de la phase de mise en production.

Un déploiement par vagues a été privilégié pour la solution OCTIME. En effet, l’expérience passée de déploiement de notre DPI nous a fait privilégier ce mode de mise en production. Il est en effet plus propice à un réajustement progressif. Ainsi, la mise en production du premier planning OCTIME est programmée au 1^{er} Octobre 2018.

La « deadline¹³³ » de déploiement complet du SIRH étant, elle, fixée au 1^{er} Janvier 2019 ; date d’édition de la première paie CEGID.

¹³³ Anglisme signifiant « date limite ».

2.1.2 Description du nouveau processus de GTA : OCTIME

Le logiciel de GTA est plus précisément un progiciel, hébergé en mode SaaS, c'est-à-dire à l'extérieur de l'établissement¹³⁴. Il sera interfacé avec le logiciel de paie et de pilotage de la fonction « ressources humaines » CEGID. OCTIME et CEGID constitueront ainsi le cœur de notre nouveau SIRH. OCTIME est un outil de planification des temps de travail, de gestion des temps de présence et des absences. Il deviendra l'outil de planification des cadres, qui y auront accès grâce à des profils de connexion personnalisés, créés et gérés par la DRH. Les temps de présence des salariés seront suivis par une solution de badgeuses physiques. Ce suivi sera directement consultable par les cadres sur le logiciel OCTIME. Un portail dédié sera par ailleurs accessible aux salariés.

Reprenant le principe schématique précédemment utilisé dans le cadre du descriptif de l'organisation existante, je vous propose à présent, ci-dessous, la vision « macro-schématique » de l'organisation attendue :

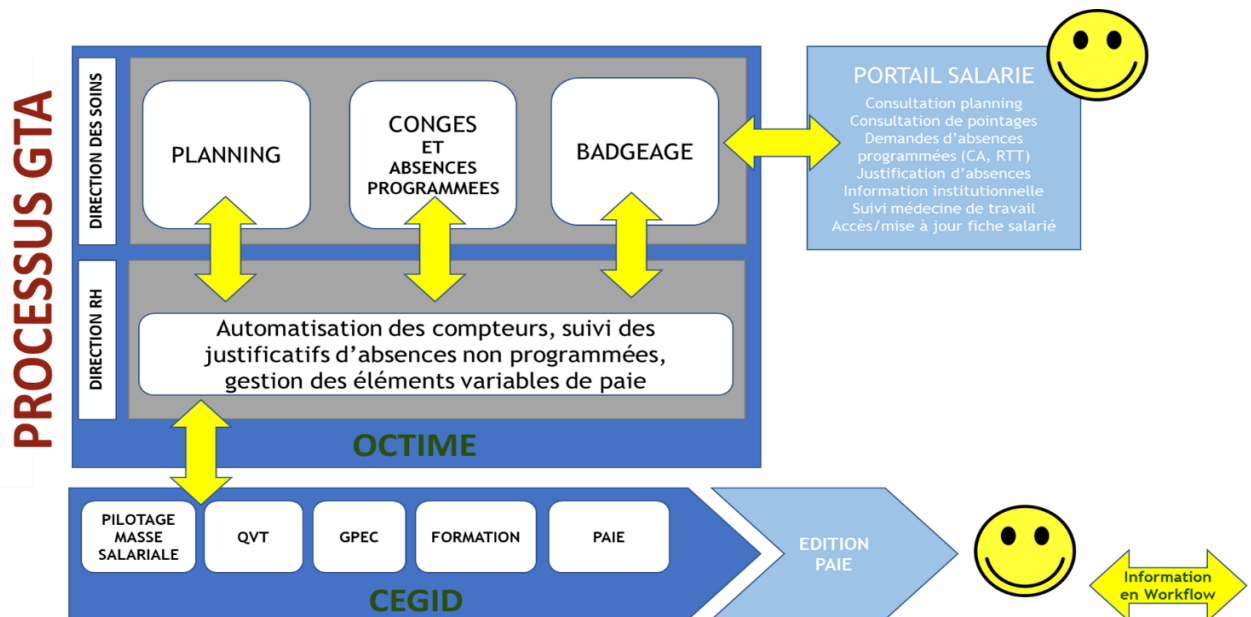


Figure 10: Représentation schématique du nouveau processus

Le nombre de logiciels composant le SIRH sera ainsi limité à deux, supprimant les saisies multisupports actuelles et principales sources d'erreurs. Les échanges informatifs entre DSSI, DRH et salariés, ainsi que les circuits de validation, se feront de manière dynamique, en mode Workflow, proscrivant les supports papier existants.

Les attentes vis-à-vis de cette nouvelle organisation sont grandes, que ce soit du point de vue institutionnel comme individuel. Je vous propose à présent de les détailler.

¹³⁴ Système de type Cloud.

2.1.3 Expectatives en termes de plus-value

2.1.3.1 Du point de vue institutionnel

Hébergé en mode Saas, c'est-à-dire à l'extérieur de l'établissement, ce mode d'hébergement préservera la capacité de stockage des serveurs physiques existants en interne. Cela restreindra par ailleurs les besoins en maintenance in-situ, minorant les besoins en ressources humaines informatiques.

L'outil de GTA devra être capable de répondre à la réglementation des établissements ESPIC¹³⁵, au droit du travail et aux accords d'entreprise en vigueur à la fondation. En parallèle, il est également attendu qu'il puisse gérer le cas particulier des 2 salariés, relevant historiquement de la convention collective de la croix rouge, ainsi que la convention collective de la FHP, pour ce qui est de la gestion de la filière ILV de la fondation. En outre, il est attendu une adaptabilité de l'outil aux évolutions constantes en matière de réglementation du travail.

Ce progiciel devra également pouvoir s'intégrer dans le système d'information actuel, en étant notamment compatible avec le système d'indentification SSO et de contrôle des accès déjà en place. En outre, il sera compatible avec le logiciel CEGID de gestion de la paie et des modules pilotage de la fonction « ressources humaines », de la GPEC, de la Formation, de la QVT et de la Médecine du travail, afin de privilégier les échanges dynamiques et automatiques entre logiciels.

Une exigence toute particulière a également été portée sur les conditions de maintien en condition opérationnelle proposées par le prestataire. Il est ainsi attendu des services d'assistance et de maintenance performants et efficaces. En outre, les mises à jour applicatives programmées ou ponctuelles ne devront pas impacter les utilisateurs plus que de strict nécessaire.

Il est également attendu de l'outil qu'il soit ergonomique, intuitif et simple de prise en main, de façon à en faciliter l'appropriation par les utilisateurs. Il en va de même pour le module « portail salarié ».

Enfin, est globalement espérée une harmonisation des pratiques, en matière de GTA, afin de fluidifier les flux informatifs entre acteurs, que ce soit au niveau opérationnel, comme encadrant ou dirigeant.

2.1.3.2 Du point de vue organisationnel

Il est attendu de la part de ce nouvel outil une grande facilitation administrative, par le paramétrage de plusieurs règlementaires, la capacité à distinguer les différents types de population salariale (médecins, soignants cadres et non cadres, médico-techniques ...), la gestion de décomptes de temps de travail différents (annualisé ou non), des différents types d'affectations (fixes ou multi-services) ou des différents types de contrat (CDI-CDD, mais aussi intérimaires, stagiaires ou personnels mis à disposition par d'autres établissements).

¹³⁵ Convention Collective Nationale des Etablissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (FEHAP 51).

Il est également souhaité une importante simplification de l'établissement des plannings de services, favorisant un gain de temps pour les utilisateurs. Ainsi, les roulements seront automatisés à partir d'un cycle de travail prédéfini sur la base d'horaires types. Le calcul des compteurs sur la période d'annualisation seront anticipés. En outre, il sera possible de visualiser à l'écran le planning prévisionnel et le planning réalisé. Le planning individuel par salarié pourra également être édité. Et des exports de données pourront être réalisés.

Les saisies et modifications seront réalisées et consultables en temps réel, quel que soit l'utilisateur en ayant assuré la saisie (cadres de santé, DSSI, DRH). Le suivi des absences, quel qu'en soit le type, sera ainsi assuré en temps réel. Il en sera de même pour les remplacements. Le suivi des compteurs sera automatisé et réalisé en temps réel. Les saisies multiples seront supprimées. L'outil de GTA prendra également en charge le décompte de pointages des salariés, en lien avec les badgeuses physiques. Ces pointages seront directement consultables via l'outil de GTA.

En matière de diffusion des besoins en ressources de suppléance, l'outil Whoog, déjà en place et donnant satisfaction aux utilisateurs qui se le sont d'ores et déjà approprié, sera favorisé, au détriment du module proposé par la solution Octime, qui est à ce jour moins aboutie. En revanche, le nouveau logiciel doit pouvoir être interfacé avec la solution Whoog, pour permettre l'identification des salariés éventuellement disponibles.

Il est également attendu de l'outil Octime qu'il soit capable de réaliser des contrôles automatiques et de lancer des alertes en matière de temps de travail, de façon à aider les cadres à établir des plannings en respect de la réglementation.

Octime devra également permettre la suppression des circuits de validation en format papier. Les processus de validation de demandes d'absences programmées, de justification d'absences suivies et de réalisation d'heures supplémentaires devront être ainsi réalisés en mode « Workflow ». Les circuits mensuels papier de transmission d'éléments variables de paie à la DRH, comme le nombre de prises de poste de nuit ou les heures de dimanches et jours fériés, ne devront également plus avoir de raison d'être, car ils devront être automatisés et directement consultables par la DRH via Octime.

Enfin, l'autonomie et la responsabilisation des salariés devra être favorisée, grâce à l'accès à leur tableau de bord sur portail dédié, disponible sur ordinateur ou via application mobile. Les salariés pourront ainsi visualiser et télécharger leur planning dès sa mise à disposition par le cadre de soins. Ils pourront également réaliser leurs demandes d'absences programmées, visualiser leurs compteurs individuels ou accéder à de l'information institutionnelle via ce portail.

L'objectif affiché n'est pas de se contenter d'implanter un nouvel outil managérial. Plus qu'un simple outil de planification, il devra rendre les acteurs plus autonomes et responsables, au travers d'une harmonisation globale des outils et des pratiques.

2.1.3.3 Les attentes des cadres

Côté cadres de santé, les attentes sont également nombreuses :

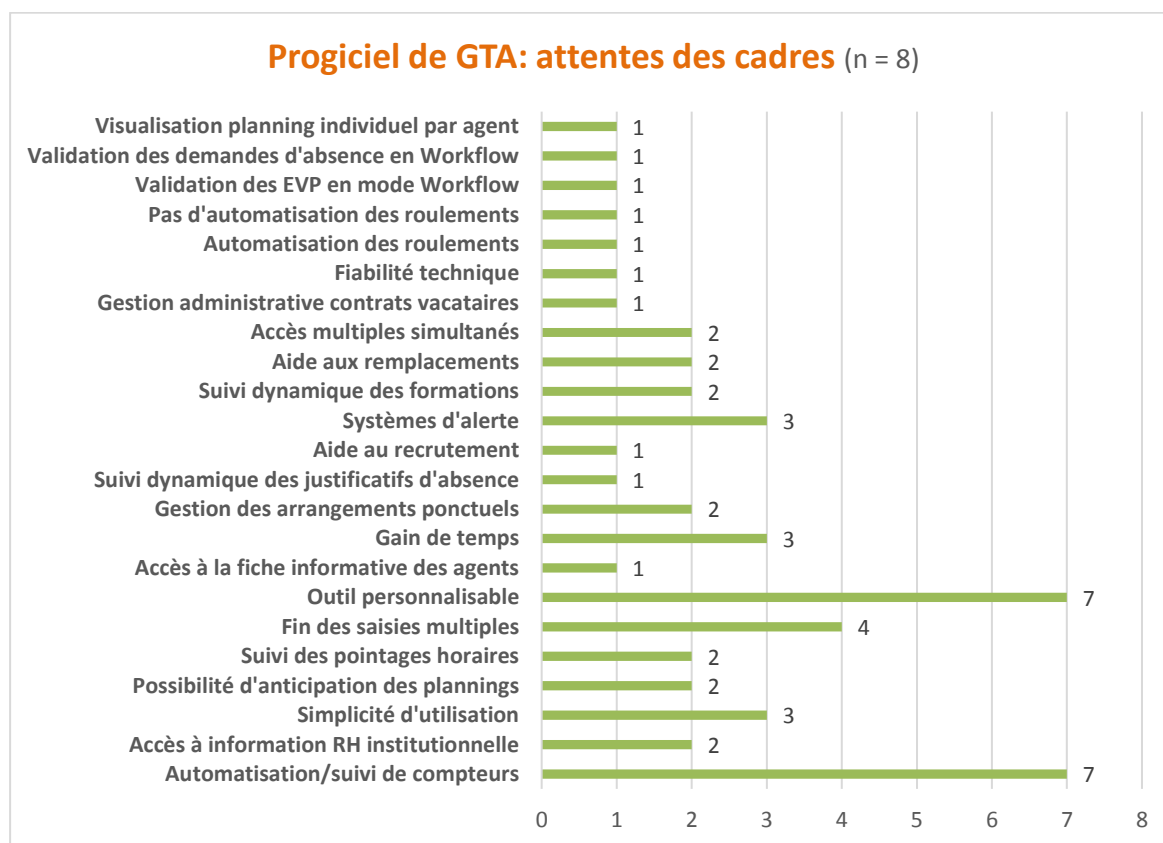


Figure 11: Attentes vis-à-vis du nouvel outil de GTA, exprimées par les cadres lors des entretiens individuels¹³⁶

De nombreuses attentes exprimées par les cadres lors de nos entretiens, rejoignent les attentes institutionnelles, ainsi que les possibilités techniques offertes par l'outil Octime, ce qui est plutôt de bon augure en termes d'acceptation du projet. 7 cadres sur 8 attendent une automatisation et une facilitation du suivi des compteurs. Plusieurs autres fonctionnalités du même ordre sont citées, comme le suivi dynamique des justificatifs d'absences ou le suivi des pointages horaires. 50% des cadres interrogés souhaitent voir la fin des saisies multiples. Seuls 3 cadres sur 8 citent directement le gain de temps en termes de plus-value. Peut-être était-il « sous-entendu » à travers certaines autres attentes, synonymes de facilitation de tâche, comme l'automatisation des compteurs ou les possibilités d'anticipation de planning ?

En revanche, 7 cadres sur 8 souhaitent également un outil personnalisable ; attente étant certainement le reflet des pratiques actuelles. Par ailleurs, 2 cadres souhaitent pouvoir continuer à prendre en compte et gérer des arrangements ponctuels avec leur personnel. 1 cadre indique même ne pas souhaiter une automatisation des roulements de travail. Or, ces attentes particulières entrent en contradiction avec la réglementation en matière d'annualisation de temps de travail, imposant la mise en place de cycles de travail. De plus, elles sont également à contre-courant des attentes institutionnelles en matière d'harmonisation des pratiques.

¹³⁶ Données issues des entretiens réalisés auprès des cadres de soins entre le 5 Décembre 2017 et le 8 Février 2018 (Annexe 7).

Certaines résistances vis-à-vis du nouvel outil de GTA se dessinent déjà. Mais nous avons l'avantage non négligeable de pouvoir les anticiper. Aussi un soin tout particulier devra être porté à l'accompagnement des cadres dans cette transition organisationnelle importante.

2.1.3.4 Les attentes des salariés

Comme évoqué en 1.3.3, nous évoluons désormais dans une société au sein de laquelle l'individuel prend le pas sur le collectif. L'agentivité, ou capacité d'être acteur de sa propre vie, est désormais l'un des maîtres mots en sociologie du travail. De plus en plus d'entreprises développent des outils ou des initiatives permettant « l'empowerment¹³⁷ » des salariés. Le SIRH n'échappant pas à la règle, la mise en place d'un portail dédié peut être considéré comme un outil favorisant l'autonomisation des salariés. Par la mise en place de ce type d'outils, on cherche à rendre les individus acteurs de leur parcours.

Bien que leurs attentes précises n'aient pas été évaluées dans le cadre de ce projet, la réussite d'outils comme l'application Whoog me laisse en revanche à penser que les salariés sont bien demandeurs d'autonomisation. Mais en leur donnant cette part de pouvoir, c'est également une part de pouvoir que l'on retire aux cadres. Et nous verrons par la suite que cela n'est pas si anodin.

Enfin, l'autonomisation des salariés permet également une mise en responsabilité vis-à-vis de certains de leurs agissements. Ce qui ne sera peut-être pas au désavantage institutionnel en matière de maîtrise de l'absentéisme notamment.

2.1.4 Risques prévisionnels et moyens de maîtrise à mettre en place

Tout projet comportant des risques, plus ou moins prévisibles, en tant que pilote de projet, je me dois de les anticiper, les évaluer et identifier les moyens de maîtrise pouvant être mis à contribution.

2.1.4.1 Risques liés à la pluralité des prestataires

Comme déjà évoqué, la mise en place de la solution de GTA OCTIME est intimement dépendante de la mise en place de la solution paie et pilotage « ressources humaines » CEGID. Chaque prestataire met à la disposition de notre équipe projet leurs propres chefs de projets afin de nous seconder. Le risque étant que les chefs de projets « prestataires » ne se coordonnent et ne communiquent pas entre eux, mettant à mal le respect des « deadlines » prédéfinies. Cela peut paraître une préoccupation basique, mais pour ce projet elle est essentielle. En effet, la première paie « CEGID » doit être éditée, sans faute, au 1^{er} Janvier 2019. Si tel n'est pas le cas, il faudrait attendre l'année d'exercice suivante, soit le 1^{er} Janvier 2020. Cela mettrait à mal le projet global.

En parallèle, le chef de projet OCTIME doit également travailler à la mise en place de l'interface avec le logiciel Whoog. En tant que pilote de projet, l'enjeu est de veiller au maintien de cette coordination entre prestataires à chaque phase du projet, en suivant les actions entreprises, rappelant celles à venir et évaluant leur bonne réalisation dans les délais impartis. Seul un suivi rigoureux permettra l'avancement et le maintien de la bonne orientation du projet.

¹³⁷ Anglicisme signifiant autonomisation.

2.1.4.2 Risques liés à un « excès de confiance »

OCTIME n'est pas un outil livré « 100% clé en main ». Un paramétrage important des aspects règlementaires en matière de temps de travail est nécessaire. Il est essentiellement assuré par le prestataire. En revanche, une phase importante de tests, appelée « phase de recette », reste fondamentale, pour permettre une adéquation de l'outil à nos besoins en termes de planification des temps d'activité. L'implication des acteurs est essentielle au cours de cette phase. Il s'agit de tester les plannings les plus complexes, en saisissant les cycles horaires les plus spécifiques et en testant leur fiabilité et adéquation avec la pratique. Il faut par conséquent veiller à bien définir les services pilotes et à réaliser de nombreux tests de paramétrage pour s'assurer du bon fonctionnement de l'outil. En outre, l'échantillon des horaires testés devra être particulièrement exhaustif. Ainsi, des services aux horaires diversifiés et complexes, comme la Réanimation, le bloc, l'Imagerie ou la nuit, devront être privilégiés côté Direction des Soins.

2.1.4.3 Risques liés à la vie sociale de l'entreprise

Tout projet au long cours peut être impacté par la vie sociale de l'entreprise. Notre projet n'échappe à la règle. En effet, le départ d'un salarié expérimenté ou l'arrivée d'un autre qui l'est moins peut directement en influencer la conduite.

Le projet SIRH s'inscrit dans le cadre d'une restructuration importante de notre DRH, débutée en Septembre 2017. Depuis, plusieurs salariés ont été embauchés. Certains sont restés et d'autres ont finalement été remplacés. Le Contrôleur de Gestion Sociale, qui sera également référent du projet SIRH pour la DRH, arrive, lui, mi-Avril 2018. Entre temps, notre Contrôleur de Gestion Financière, membre du COPIL, a démissionné et un remplacement est en cours. Une jeune équipe peut être motrice du fait de la diversité des expériences et des compétences mises en commun. En revanche, cela suppose également une moindre connaissance de l'entreprise et des acteurs déjà en place. Il faut donc veiller à la bonne intégration des jeunes embauchés.

Les salariés n'étant plus aujourd'hui dans une logique de pérennisation de leur carrière au sein d'une même et seule entreprise, nous ne sommes pas non plus à l'abri de voir des acteurs pivots quitter leurs fonctions en cours de projet. Un tel évènement représente un risque non négligeable s'il n'est pas maîtrisé. Tout changement doit être anticipé. Les connaissances doivent être transmises en amont de ce remplacement afin de pouvoir assurer la continuité du projet, les nouveaux acteurs devant comprendre les décisions précédemment engagées et maîtriser l'outil.

Enfin, la formation en interne étant assurée par des référents métiers, initialement formés par le prestataire, il faudra également adopter cette même ligne de conduite à chaque départ éventuel de l'un d'eux.

2.1.4.4 Risques techniques

Face aux facteurs humains subsistent également les risques techniques. C'est particulièrement le cas des outils informatiques, amenés à être indisponibles, de façon intermittente (comme lors de mises à jour) ou plus prolongée (comme en cas de panne de serveur). Le logiciel de GTA ayant vocation à être utilisé de façon quotidienne et quasi continue, il est essentiel de pouvoir garantir aux utilisateurs un accès permanent à l'outil. Cela passe par la création et la mise en place de procédures dégradées, à l'image de ce qui a pu se faire pour le DPI, avec des systèmes de sauvegarde de données régulières. Ces procédures devront être rédigées en collaboration avec notre DSI et les prestataires concernés, avant d'être diffusées au niveau institutionnel.

2.1.4.5 Risques financiers

Bien que la situation financière de notre fondation soit saine et stable, comme tout autre établissement, nous ne sommes pas à l'abri d'investissements exceptionnels ou de baisses tarifaires impactant nos budgets. D'autant que le budget prévisionnel d'investissement alloué à notre DSI prévoyait un budget de 150 000 euros sur deux ans, affecté à la mise en place globale du SIRH. Or, nous verrons dans le chapitre dédié aux aspects financiers du projet, que ce budget prévisionnel sera largement dépassé, rien que pour le seul logiciel OCTIME. Tout projet étant soumis aux aléas, la vigilance sur l'aspect financier est d'autant plus de rigueur.

Mais bien que facteur basique de réussite, l'aspect financier n'est pas l'unique besoin nécessaire à la réussite du projet.

2.1.5 Besoins en équipement matériel

S'agissant d'un progiciel, installé en mode Saas, l'outil OCTIME n'engendrera, à priori, que des besoins en équipement informatique très résiduels. Avec près de 250 serveurs, 950 postes de travail et 400 imprimantes et multifonctions, notre parc matériel est d'ores et déjà largement développé. En outre, chaque cadre de soins bénéficie d'un bureau dédié et informatiquement équipé.

S'agissant des salariés, ils auront la possibilité de pouvoir consulter leur portail dédié sur l'un des postes de travail de l'établissement, via leur compte Windows personnel. Ils pourront également y accéder via une application mobile, directement sur leur smartphone personnel.

A noter également que la cellule formation de l'établissement est dotée d'une flotte de 10 ordinateurs portables, mis à disposition sur simple demande. Ceci facilitera, entre autres, l'organisation des formations dispensées aux référents métiers internes, puis celles dispensées par ceux-ci aux différents utilisateurs.

Seul investissement matériel clairement identifié : l'acquisition de nouvelles badgeuses physiques. En effet, bien que les 3 badgeuses existantes soient fonctionnelles, elles ne seront néanmoins plus compatibles avec l'outil de GTA OCTIME. Le pointage physique étant essentiel au maintien à jour des compteurs horaires des salariés, notre direction a d'ores et déjà donné son aval à l'acquisition de 3 nouveaux terminaux de pointage.

2.1.6 Besoins en Ressources humaines

2.1.6.1 Mutualisation des ressources existantes

Une valorisation et une mutualisation des compétences internes a été privilégiée dans le cadre de ce projet. Moi-même, en tant que Chef de Projet déjà en place, ai été missionnée pour le pilotage de la partie GTA du projet. En parallèle, l'Assistante DSSI, a été incluse au projet, en tant que référente opérationnelle. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une DSI, composée, entre-autres, de 3 chefs de projet informatiques. L'un d'eux a été missionné dans le cadre du projet SIRH. Par ailleurs, chaque membre du COPIL¹³⁸ sera sollicité, selon son degré d'implication, à chaque étape du projet.

¹³⁸ Sa composition détaillée a déjà été évoquée en 2.1.1.3.

La stratégie de formation à l'outil est basée sur une autonomisation des utilisateurs. Cela passera par la formation de référents internes, de 2 niveaux (paramétrage et/ou formation). La formation des référents sera assurée par l'agent prestataire¹³⁹. Les référents internes seront ensuite en charge de la formation et de l'accompagnement des utilisateurs au quotidien. Seront principalement concernés les cadres de santé déjà en place.

Les salariés seront également concernés, en tant qu'utilisateurs finaux, par la mise en place du portail qui leur sera dédié. Ce portail ne nécessitant pas de formation spécifique, nous mettrons en place une action en e-learning ainsi que des mémentos de poche d'aide à la connexion. En parallèle, cadres de santé et référents SIRH se feront relais de l'information. Par ailleurs, je procéderai également à une présentation de l'outil en Groupe de Soins Infirmiers, afin que nos référents risques puissent également nous appuyer dans cette étape auprès des équipes.

2.1.6.2 Restructuration de la DRH

Mais la mise en place du projet est particulièrement marquée par la restructuration globale de notre DRH. Cette dernière comptait jusqu'alors 5,5 ETP, parmi lesquels un Directeur des Ressources Humaines, 3 Gestionnaires de paie et 1,5 Assistantes.

L'organisation actuelle est désormais la suivante :

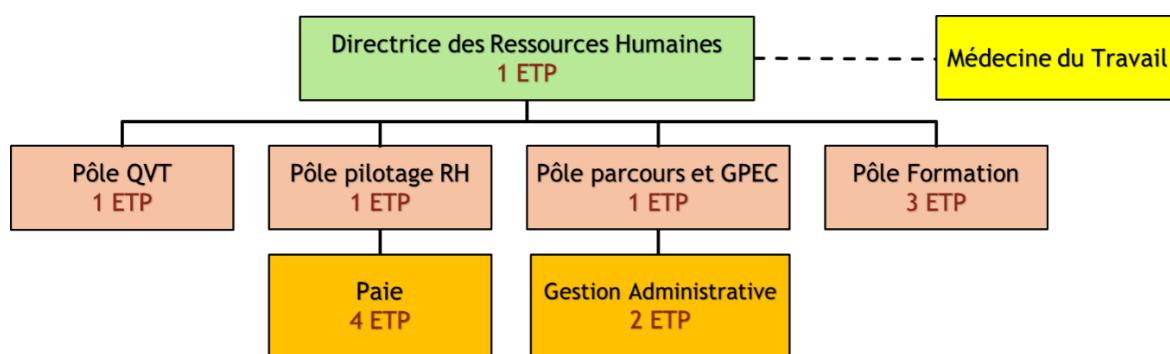


Figure 12: Organigramme de la DRH après restructuration¹⁴⁰

Notre nouvelle Directrice des Ressources Humaines dirige désormais 4 pôles, chacun piloté par un responsable dédié. A noter que ces 4 responsables ont tous été très récemment embauchés. Nous sommes ainsi face à une toute « jeune » DRH, dont le nombre d'ETP a été doublé, passant de 5,5 ETP à 11 ETP (2 ETP du pôle formation étant préexistants, mais non rattachés à la DRH jusqu'à présent). Cette valorisation de la fonction « ressources humaines » témoigne de l'importance accordée par notre Direction Générale au projet SIRH dans son ensemble, ainsi qu'au capital humain de notre fondation.

Mais nous constatons également que l'ensemble des postes à responsabilité « RH » sont désormais occupés par de nouveaux embauchés, tous externes à l'organisation. En revanche, les postes dits opérationnels restent, eux, occupés par des « anciens ». C'est le cas d'une partie de la gestion administrative, de la gestion paie ainsi que de la formation. Cette évolution organisationnelle, voulue par la Direction Générale, peut être perçue par certains, en particulier par les représentants du personnel, comme une volonté stratégique. Comme l'indique Christine MARSAN, « *on ne peut pas remplacer un sénior par un junior à un poste équivalent et encore moins lorsqu'il s'agit d'assumer des*

¹³⁹ Prestation contractualisée.

¹⁴⁰ Retranscription anonyme de l'organigramme existant.

missions stratégiques, à moins de délibérément décider de saboter le processus¹⁴¹ » (MARSAN, 2008, 2015). Cette perception serait ici, en réalité, partiellement fondée. La restructuration de la fonction « RH » était nécessaire avec l'arrivée du SIRH et les évolutions qu'il va irrémédiablement apporter. Comme décrit précédemment, l'ancienne organisation « RH », partiellement professionnalisée et déléguée, ne pouvait plus répondre aux exigences organisationnelles actuelles et à venir. Par ailleurs, l'établissement ne disposant pas des compétences requises en interne¹⁴², les recrutements externes se sont imposés d'eux-mêmes. Mais nous verrons également, en troisième partie, qu'une part stratégique, aussi voulue soit-elle, n'est cependant pas à exclure.

2.1.7 Aspects financiers du projet

La proposition financière de la société OCTIME¹⁴³ inclut la licence d'accès au progiciel, la solution de mobilité pour les salariés, la phase de pilotage du projet, la formation des référents et administrateurs internes, le contrat de maintenance et de support et la fourniture de 3 nouvelles badgeuses physiques.

Total Base Année 1 (hors formation)		95 301,60€
Total Base Année n+1 (abonnement)		43 075,20€
Cout sur 5 ans		267 602,40€

Figure 13: Coût calculé à 1 an, 2 ans et 5 ans de la première proposition financière OCTIME

Cette proposition s'élevait à un peu plus de 95 000 euros pour la première année et environ 43 000 euros en seconde année d'utilisation. Soit un coût estimé sur 5 ans d'environ 270 000 euros.

Après la validation du choix de prestataire en COPIL du mois d'Octobre 2017, s'en est ensuite suivie une phase de négociation financière entre notre Directeur Général Adjoint Ressources et le prestataire retenu. Cette négociation a donné lieu à une contre-proposition de la part d'OCTIME.

Total Base Année 1 (hors formation)		92 004,00€
Total Base Année n+1 (abonnement)		39 720,00€
Cout sur 5 ans		250 884,00€

Figure 14: Coût calculé à 1 an, 2 ans et 5 ans de la contre-proposition financière OCTIME

Cette seconde proposition nous permet une économie d'environ 20 000 euros sur 5 ans.

Elle inclut par ailleurs un essai du module OCTIME MEDICA, destiné à la GTA médicale, ainsi qu'un tarif d'acquisition négocié, en cas d'achat souhaité en fin de période d'essai.

	OCTIME (V2)	CEGID (V2)
Total Base Année 1 (hors formation)	92 004, 00€	301 092,00€
Total Base Année n+1 (abonnement)	39 720, 00€	134 352,00€

Figure 15: Coûts finaux des prestataires OCTIME & CEGID, à 1 an et 2 ans

¹⁴¹ MARSAN Christine, Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 244.

¹⁴² Les postes vacants en interne sont systématiquement communiqués à l'ensemble du personnel, via notre système Intranet. Ce fût le cas pour les postes « RH », et ce pendant plusieurs semaines. Ces recrutements se sont mêmes avérés difficiles à pourvoir, même en externe.

¹⁴³ Grille d'analyse technique et financière en annexe 5.

Si l'on considère les tarifs finaux, renégociés, à la fois pour la solution de GTA et la solution paie, on remarque un dépassement considérable du budget initialement alloué à la DSI dans le cadre du financement de ce projet, et qui était, rappelons-le ici, de 150 000 euros sur deux ans. Ce budget est ainsi allègrement dépassé de plus de 400 000 euros !

Ce différentiel est certes dû à une sous-estimation budgétaire initiale. Initialement nous pensions trouver un seul et même prestataire pour les solutions de GTA et de paie. Mais les réalités du marché nous ont vite rattrapés. Les compétences requises dans ces deux domaines, bien que convergentes, sont dans la pratique assez différentes. Et les prestataires capables de s'aventurer dans ces deux mêmes domaines de compétences, et de manière fiable, sont rares. Ce constat nous a par ailleurs imposé de rechercher une complémentarité technique entre les deux prestataires choisis, ceux-ci devant s'interfacer entre eux. L'aspect financier des offres n'a donc pas pu être le seul privilégié dans le choix porté par le COPIL. Par ailleurs, l'expérience vécue dans le cadre de la mise en place du DPI a également conduit notre direction à privilégier des offres nous faisant bénéficier de prestations en accompagnement et en maintenance plus qualitatives et fournies.

Le budget initial a donc ainsi été rapidement révisé à la hausse. Mais l'enjeu est de taille, le SIRH faisant partie des projets pivots de l'établissement.

A RETENIR

- Le choix des prestataires a été volontairement formalisé, via un avis d'appel public à la concurrence, notamment au regard de l'importance organisationnelle et financière du projet.
- Deux prestataires distincts ayant été retenus, et leurs plannings de déploiement étant interdépendants, il conviendra de s'assurer de leur bonne coordination à chaque étape.
- Les attentes institutionnelles et organisationnelles sont nombreuses et ambitieuses.
- Mais toutes les attentes des cadres de santé ne vont pas forcément dans le sens institutionnel, particulièrement en matière d'harmonisation des pratiques.
- Des risques de « timing », liés aux facteurs humains, techniques ou financiers peuvent d'ores et déjà être identifiés. Les moyens de maîtrise associés doivent être anticipés.
- Les besoins matériels et en ressources humaines, nécessaires à la bonne conduite du projet, sont restreints et plutôt contrôlés.
- En revanche, une restructuration importante de la DRH a été réalisée. Elle est désormais constituée d'une majorité de jeunes embauchés.
- Le « rajeunissement » de la DRH, peut être perçu comme stratégique, au regard des enjeux véhiculés par le projet.
- Un dépassement important du budget initialement prévu, bien qu'institutionnellement soutenu, impose une vigilance financière active.

2.2 Pilotage de projet et conduite du changement

Ce chapitre sera plus particulièrement consacré à l'accompagnement managérial du projet. Dans un premier temps, je décrirai les adhésions et les résistances au projet. Puis, je m'attacherai à détailler mes propositions en termes d'accompagnement des cadres de proximité, ainsi que leurs modalités pratiques de mise en place. Je présenterai ensuite mes propositions d'indicateurs à mettre en place dans le cadre de l'évaluation du projet. Enfin, je terminerai par un focus sur les barrières et difficultés auxquelles j'ai pu être confrontée.

2.2.1 Adhésions

2.2.1.1 La Direction d'établissement

Si un projet d'une telle envergure peut échouer par manque de soutien institutionnel, tel n'en est pas le cas au sein de notre établissement. Tout comme le DPI, ce projet est vu comme un levier indispensable aux futurs développements, notamment en matière de collaboration inter-hospitalière. Notre direction non seulement soutient le projet mais y participe activement. Le Directeur Général Adjoint Ressources en est d'ailleurs de Responsable. Les moyens financiers et humains ont été déployés pour en favoriser la réussite. La répartition des compétences a été révisée et professionnalisée.

Le COPIL a été précocement constitué. Il est volontairement pluriprofessionnel afin de rallier l'ensemble des thématiques concernées par la mise en place du SIRH. Il se réunit au minimum trimestriellement. Les membres du COPIL participent aux différents groupes de travail, constitués selon les thématiques abordées. Pluridisciplinaire et incluant des acteurs décisionnaires clés, le COPIL ne manque pas de pouvoir de décision, évitant ainsi les éventuelles situations de blocage. Proche du monde « RH » et des acteurs de terrain, l'équipe projet bénéficie ainsi d'atouts non négligeables à l'accompagnement des acteurs concernés.

Cela étant, au regard du puissant moyen de contrôle constitué par le SIRH, on comprend aisément que l'adhésion de la direction ne soit pas dénuée d'intérêt. En missionnant la DRH pour reprendre les tâches « RH » déléguées aux cadres de santé par le précédent directeur, il est également recherché une reprise de contrôle sur la maîtrise des dépenses en ressources humaines.

2.2.1.2 La Direction des Ressources Humaines

Jusqu'à fin 2017, la DRH était peu structurée et son Directeur plutôt isolé dans le schéma hiérarchique de l'établissement. Beaucoup de tâches « RH » se retrouvèrent ainsi déléguées, principalement aux cadres de santé et à la DSSI. Par ailleurs, d'autres domaines de compétence « RH » n'étaient pas ou peu développés. C'est le cas de la GPEC, de la formation et de la QVT.

La nouvelle Directrice, riche de son expérience passée en établissement ESPIC, a rapidement cerné ces problématiques. A travers la mise en place du SIRH, elle souhaite rapidement recentraliser l'ensemble des tâches « RH » au sein de son service, dont elle a d'ores et déjà repensé la restructuration en conséquence. Elle a également détecté des problématiques liées à une mauvaise gestion des temps de travail, et que nous aurons l'occasion de détailler par la suite. Ces problématiques sont principalement liées aux outils actuels, restrictifs en pratique.

Le SIRH permettra ainsi un renforcement du contrôle par les normes en matière de réglementation du temps de travail, par le paramétrage des différents règlementaires. L'établissement du planning de service sera contingenté par l'outil informatique, qui en bornera les limites. Certaines actions ne pourront être réalisées. D'autres feront l'objet d'alertes ou de limitations opérationnelles.

C'est ainsi que notre DRH, en tant que principale bénéficiaire du nouveau SIRH, non seulement adhère pleinement au projet, mais l'attend « de pied ferme ».

2.2.1.3 La Direction des Soins

Notre Directrice des Soins, récemment nommée, est une fervente défenseuse de la gestion des personnels par la compétence. Moins directement impliquée dans le projet, du fait de son positionnement hiérarchique, mais aussi de par sa propre implication en tant que chef de projet rattachée à sa direction, elle en mesure néanmoins tous les enjeux en matière de gain de temps et de répartition des tâches pour nos cadres de santé. Par ailleurs, ce projet est également stratégiquement l'occasion de lier des relations privilégiées entre DRH et DSSI, toutes deux récemment arrivées et intimement liées d'un point de vue organisationnel.

Par ailleurs, visant une harmonisation des pratiques, le SIRH permet également un regain de contrôle au profit des « sous-directions », comme la Direction des Soins, vis-à-vis des pratiques managériales des cadres de proximité.

L'Assistante DSSI, actrice clé de l'actuelle planification des temps et, étant amenée par la mise en place du SIRH à perdre une certaine forme de pouvoir, est en réalité une fervente adhérente au projet. De fait, elle attendait une solution de ce type depuis plusieurs années. En effet, en tant que première utilisatrice de l'actuel système, elle en connaît également toutes les vicissitudes et les effets pervers. Elle en subit l'aspect chronophage, passant des heures à gérer des paramétrages et des droits d'accès Excell ; sans compter les innombrables interruptions qu'elle subit dans la réalisation de ses autres tâches quotidiennes pour des questions inhérentes aux plannings. Ce type de situation l'amène d'ailleurs souvent à emporter des dossiers urgents à domicile ou à venir travailler certains samedis ou jours fériés, n'arrivant plus à satisfaire à ses missions principales pendant son temps de travail. Il devient donc urgent de revoir la répartition de ses missions de façon à prévenir tout surmenage pouvant éventuellement déboucher sur une pathologie psychosociale.

De ce fait, elle ne ressent aucune frustration dans ce changement de pratiques, bien au contraire. Elle attend le nouvel outil de GTA comme une délivrance de tâches parfois dénuées de sens et chronophages. A son niveau, la motivation extrinsèque a dépassé l'intrinsèque depuis bien longtemps.

2.2.1.4 Les cadres de santé

L'outil Excell ayant largement montré ses limites, les cadres de santé sont unanimement favorables à l'arrivée du nouvel outil de GTA. Si nous revenons sur les résultats des entretiens menés, nous constatons que 21 des attentes citées par les cadres vont dans le sens de ce que peut proposer l'outil. Ceci est plutôt de bon augure du point de vue de l'adhésion. Les cadres se montrent expectatifs et leurs propositions sont plutôt positives et constructives.

Par ailleurs, l'important virage numérique entrepris entre 2015 et 2017 avec l'informatisation du dossier patient, a permis une familiarisation avec l'outil informatique, qui est désormais devenu un « compagnon » quotidien. Cadres et agents, désormais pris dans la « vague numérique » se montrent partisans d'une dématérialisation globale des principaux processus.

2.2.1.5 Les salariés

Si les cadres valorisent le temps passé au travail à travers l'établissement du planning, les salariés, eux, l'attendent pour pouvoir valoriser leurs temps de loisirs. Le planning constitue la passerelle entre vie professionnelle et vie privée, sur laquelle il empiète de fait. Il est par conséquent toujours très attendu. Y avoir librement accès et pouvoir avoir confiance en l'exactitude des informations qui y sont portées est essentiel pour les salariés, mais aussi légalement normé.

Nous avons vu précédemment que les outils actuels n'étaient pas en mesure de répondre à l'ensemble de ces attentes. Les salariés sont donc dans l'attente d'un outil plus fiable et leur octroyant plus de liberté en matière de gestion de leur temps de travail.

L'expérience vécue en 2017 avec la mise en place de l'application Whoog¹⁴⁴ a démontrée l'appétence des salariés pour ce type de nouveaux outils. Nous avons pu constater une rapide appropriation de l'outil. Nous comptons ainsi une centaine d'inscrits un mois après la mise en place de cet applicatif. On peut dire aujourd'hui que Whoog est un exemple d'outil d'autonomisation des acteurs qui fonctionne. Cette expérience nous laisse présager un accueil plutôt positif de la part des salariés vis-à-vis du nouvel outil de GTA. Je n'ai volontairement pas centré mes enquêtes de terrain sur les salariés, souhaitant centrer ma réflexion sur l'accompagnement du corps encadrant. Cela étant, les entretiens informels que j'ai pu avoir avec différents protagonistes paramédicaux m'ont laissé entrevoir des attentes très positives de leur part.

2.2.2 Résistances

2.2.2.1 Le planning : une source de pouvoir

Au cours des entretiens, une cadre de santé s'est déclarée contre la planification des temps de travail par cycles. Une autre collègue s'est « jointe à elle » en exprimant le souhait de pouvoir continuer à gérer « les petits arrangements ponctuels » entre collègues avec le nouvel outil. Leur positionnement va à l'encontre de la réglementation en termes d'annualisation du temps de travail, ainsi que de l'objectif institutionnel d'harmonisation des pratiques clairement affiché. Les deux cadres de santé concernées sont connues pour leur style de management, proche des acteurs et inscrit dans une logique « gagnant-gagnant ». Il n'est pas non plus anodin de constater que toutes deux font partie des plus « anciennes » du collectif cadres. Par ces réticences, elles expriment avant tout des attentes d'ordre pratique et organisationnel. Habituees à jongler quotidiennement avec le planning, elles souhaitent pouvoir préserver ces pratiques, dans un souci de maintien et d'adaptation des effectifs. Pour elles, le planning est avant tout un moyen de répondre aux contingences organisationnelles qu'elles subissent quotidiennement.

Mais en voulant continuer à gérer ces « arrangements », c'est aussi leur propre organisation de service qu'elles souhaitent préserver. Accepter une harmonisation des pratiques signifie accepter de partager ses informations et donc une partie de son pouvoir de cadre. C'est aussi accepter de partager ses pratiques managériales et ainsi parfois ses propres faiblesses. Or, « *les relations sociales se fondent sur le contrôle des zones d'incertitude qui donnent du pouvoir à ceux qui les maîtrisent et en retirent à ceux qui sont en situation de dépendance*¹⁴⁵ » (DUMOND, 2016). Autrement dit, plus un acteur détient de

¹⁴⁴ Application destinée à la gestion des remplacements.

¹⁴⁵ J.P. DUMOND, Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière, Master Management & Santé, UPEC-IAE, Août 2016, 139 pages, p. 71.

l'information et plus il aura de pouvoir vis-à-vis des autres, car maîtrisant certaines de leurs zones d'incertitude. En partageant une part de leurs informations au travers du nouvel outil de GTA, les cadres doivent également accepter de perdre une partie de leur maîtrise de ces zones d'incertitude et donc de leur pouvoir.

Nous sommes ici confrontés à un véritable système d'action concret, défini par CROZIER et FRIEDBERG comme « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux, relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux*¹⁴⁶ » (CROZIER, FRIEDBERG, 1977, 2014). Par l'introduction d'un nouvel outil managérial, nous venons toucher aux mécanismes de régulation initiaux, mettant à mal l'équilibre des relations entre acteurs jusqu'alors stables. Les lignes des jeux, essentiellement politiques, entre acteurs bougent et leurs mécanismes sont remis en question.

Du point de vue salarial, le planning était jusqu'alors un territoire de négociation, arbitré pas le cadre. En leur ouvrant une porte vers l'autonomisation, à travers le déploiement du portail salarié, c'est aussi une source supplémentaire de pouvoir que l'on retire aux cadres. Le planning, qu'ils connaissaient personnalisé et dédié à leur seul service, devient un outil partagé et ouvert à l'ensemble des acteurs, du salarié au DRH.

Mais comme le disent si pragmatiquement CROZIER et FRIEDBERG, « l'homme n'est pas un animal qui cherche l'optimisation, mais la satisfaction¹⁴⁷ » (CROZIER, FRIEDBERG, 1977, 2014). Chaque acteur, quel qu'il soit, cherchera toujours à valoriser ses propres intérêts dans quelque situation qu'elle soit. Pour rallier les cadres de santé à la cause commune, et en particulier les deux les plus réfractaires, je devrais avant tout m'attacher à trouver leur « déclencheur légitime ».

2.2.2.2 Le planning confronté aux représentations culturelles soignantes

« *La culture peu se définir comme un ensemble de croyances implicites et explicites partagées par les acteurs de l'organisation. C'est une représentation individuelle du collectif qui conditionne l'appartenance et par laquelle chacun des membres se construit une image de son entreprise et de son environnement*¹⁴⁸ » (AUTISSIER, VANDANGEON-DERUMEZ, 2007). De ce fait, l'harmonisation des pratiques en matière de planification des temps va se retrouver confrontée à des représentations soignantes très ancrées. Certains cadres considèrent en effet que la gestion de leur personnel est somme toute spécifique. Il est ainsi culturellement admis qu'il faille certaines compétences spécifiques pour pouvoir exercer au sein de services comme la Réanimation – USC ou la Pédiatrie. D'autres services, comme l'imagerie, le bloc opératoire ou l'anesthésie, font valoir la spécialisation de leurs personnels pour revendiquer un traitement différencié.

Nous avons déjà été confrontés à ces représentations lors de la mise en place de l'outil de gestion des remplacements Whoog. Des services comme le bloc opératoire ou l'anesthésie s'en trouvent encore aujourd'hui¹⁴⁹ volontairement écartés. D'autres services, comme la Réanimation – USC ou l'Imagerie,

¹⁴⁶ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Editions du seuil, 1977, 2014, 432 pages, p. 286.

¹⁴⁷ Ibid. Page 321.

¹⁴⁸ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., Pas de changement sans adhésion des managers, L'Expansion Management Review, 2007/3 N° 126, p. 116-129, page 118.

¹⁴⁹ Soit un an après la mise en place de l'outil.

gèrent leurs demandes de remplacement de manière déviante¹⁵⁰, allant à l'encontre des pratiques communes.

Il faudra donc tenir compte de ces représentations spécifiques et veiller à cadrer les pratiques afin qu'elles puissent réellement devenir communes et harmonieuses. Comme le dit si bien Christine MARSAN, « *la peur ne se combat pas, on ne s'y oppose pas, elle ne peut s'évacuer que par l'expression. (...). C'est pourquoi le travail sur les représentations du changement, des peurs, des résistances et de ce vers quoi nous allons est si important et qu'il détermine la réussite des transformations individuelles et collectives*¹⁵¹ » (MARSAN, 2008, 2015).

2.2.2.3 Quand le culturel devient enjeu financier

Structure de taille modérée, notre fondation est marquée par une riche histoire sociale. Les instances représentatives du personnel, bien qu'activement impliquées dans la vie sociale de l'entreprise, restent historiquement bienveillantes et collaboratives avec la direction de l'établissement. Le DRH en poste jusqu'en Février 2018 a d'ailleurs activement œuvré à la préservation de la qualité de ces relations.

Le temps de travail soignant est majoritairement annualisé au sein de la fondation. Mais à contrario, les éléments variables de paie, et plus particulièrement le paiement des heures supplémentaires, sont gérées mensuellement. Certains salariés se sont ainsi habitués à un certain niveau salarial grâce au paiement mensualisé de ces heures supplémentaires. Et certains d'entre eux ont d'ores et déjà verbalisé leurs inquiétudes, craignant un impact négatif sur leur fiche de salaire avec l'arrivée du SIRH.

Notre DRH n'a effectivement pas tardé à relever l'incohérence de ces pratiques avec une annualisation du temps de travail. En effet, comment prétendre au paiement de prises de poste supplémentaires quand on n'a pas encore honoré la totalité des prises de poste annuelles ? D'un point de vue extérieur, comme celui de notre DRH, nouvellement nommée, cela peut effectivement paraître incongru. En réalité cette situation relève surtout d'une culture « semi-institutionnelle » bien installée et d'accords tacites historiques. Mais effectivement, cela ne saurait perdurer avec la mise en place du SIRH. Et nous verrons en troisième partie que les actions concrètes ne tarderont pas à arriver.

2.2.2.4 Les médecins : un cas à part ?

« *Dans l'élaboration d'un projet, l'acteur-auteur accepte de se livrer à une exploration ouverte d'opportunités au niveau de son environnement*¹⁵² » (BOUTINET, 1993, 2014).

Si mon pilotage de projet se situe au niveau paramédical, un léger détour du côté médical est néanmoins ici intéressant. En effet, comme précédemment évoqué, les médecins ne bénéficient pas actuellement d'une solution de GTA. Cela étant, l'introduction d'une telle solution pourrait être un incitatif à la déclaration des périodes de congés annuels ; actuelle principale difficulté à la programmation des vacances opératoires et des périodes de basse activité. OCTIME dispose d'un module de gestion des temps médicaux : OCTIME MEDICA. Le prestataire nous en propose une mise à l'essai pendant une période de 6 mois. L'occasion pour notre DOP d'en tester les bénéfices éventuels. L'occasion également de se confronter aux limites culturelles et politiques médicales ? Toujours est-il

¹⁵⁰ En maintenant des systèmes parallèles de sollicitation du personnel, comme l'appel téléphonique, le SMS ou le mail.

¹⁵¹ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 236.

¹⁵² BOUTINET, Jean-Pierre. Que sais-je ? Psychologie des conduites à projet. Paris : Puf, 2014, 127 pages, p. 83.

qu'il se pourrait que le projet initial puisse également constituer une porte d'entrée en matière de GTA médicale.

2.2.3 Accompagnement des cadres de proximité

2.2.3.1 Perte individuelle mais gain par le collectif

« *La résistance est une bonne nouvelle. Elle indique que le processus du changement est amorcé*¹⁵³ » (MARSAN, 2008, 2015). Nous pouvons donc dédramatiser les résistances au changement, car elles sont déjà signe de changement !

De prime abord, il est naturel pour les cadres de résister à la perte de leur part de pouvoir immédiate. Mais par ce mécanisme, ils se ferment également aux opportunités offertes par l'organisation à venir. Face à la perte de pouvoir que certains cadres peuvent redouter par l'harmonisation des pratiques et un partage d'information plus élargi, je mettrai en avant la part de contrôle accru apporté par le nouvel outil et dont ils ne bénéficient pas jusqu'à présent. Face à la part d'information cédée au profit du collectif, je mettrai en avant l'information collective et institutionnelle à laquelle ils auront désormais accès.

Obtenir l'adhésion des cadres et les convaincre du bienfondé du projet passe par la mise en avant des bénéfices qu'ils pourront en tirer à titre personnel, en faisant émerger leur « déclencheur légitime ». « *Il faut un déclencheur pour que le sujet veuille sortir de son confort*¹⁵⁴ » (MARSAN, 2008, 2015). Les acteurs « *sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose*¹⁵⁵ » (CROZIER, FRIEDBERG, 1977, 2014).

Si deux des cadres interrogées se montrent quelque peu dissidentes vis-à-vis du projet, en revanche elles rejoignent volontiers l'opinion collective en matière de demande de gain de temps. Et c'est l'un des principaux avantages apportés par le nouvel outil. Loin de souhaiter aller à contrario de leur style managérial, je souhaite à l'inverse leur démontrer que les avantages techniques offerts par ce nouvel outil sont tout autant de possibilités de bénéficier de plus de temps à passer auprès de leurs équipes, à construire un collectif soignant plus soudé et motivé, et donc enclin à mieux prendre en soin.

2.2.3.2 Choisir ses alliés

L'Assistante de la DSSI est, selon moi, un marginal-sécant acquis à ma cause. Elle est de ce fait une alliée très précieuse. En effet, « *il est essentiel de s'appuyer sur les personnes qui sont déjà favorables au changement et qui vont essayer dans l'entreprise les transformations décidées. (...) On les encourage à devenir à leur tour vecteurs d'influence par leur force de conviction*¹⁵⁶ » (MARSAN, 2008, 2015). Bien que fervente défenseuse du projet, il ne faut pas perdre de vue qu'en tant que détentrice de compétences jusqu'alors critiques, notre Assistante va également perdre une part de pouvoir importante avec l'arrivée du SIRH. Elle va perdre certains avantages acquis, une certaine part d'influence qu'elle pouvait exercer sur les cadres, du fait qu'elle était la seule « *à avoir su mettre en*

¹⁵³ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 161.

¹⁵⁴ Ibid. Page 156.

¹⁵⁵ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Editions du seuil, 1977, 2014, 432 pages, p. 388.

¹⁵⁶ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 222.

*œuvre un arrangement efficace*¹⁵⁷ » (CROZIER, FRIEDBERG, 1977, 2014). Il est donc primordial qu'elle se sente impliquée dans le projet et vectrice d'une certaine part d'influence.

En tant qu'actuelle référente en matière de plannings Excell, a été naturellement intégrée au COPIL du projet. Elle est un relais privilégié des cadres. Pour cela, je souhaite la faire monter en compétences, en l'incluant aux référents internes en paramétrage et formation au nouvel outil de GTA. Ses compétences en matière de planification seront valorisées lors des phases de paramétrage et de tests du logiciel. Puis, elle participera activement à la formation des cadres de santé lors des phases successives de déploiement du logiciel. Elle est convaincue du bienfondé du projet. Les cadres lui font confiance et l'apprécient. Or, « *lorsqu'une personne que nous n'apprécions pas nous fournit une information, nous constatons que nous y sommes moins réceptifs que si elle provenait de quelqu'un que nous estimons*¹⁵⁸ » (MARSAN, 2008, 2015). Notre Assistante est donc incontestablement un atout majeur en matière d'accompagnement au changement.

A terme, je souhaiterais également que la compétence critique ici identifiée au niveau de notre Assistante, soit valorisée au niveau institutionnel. En effet, elle a acquis une expertise certaine en utilisation de l'outil Excell. Je souhaite donc lui proposer la mise en place d'une forme interne, validante DPC, et que nous pourrions ajouter au catalogue de formation interne de l'établissement. Une façon de valoriser cette compétence critique, tout en répondant à des besoins institutionnels.

2.2.3.3 Privilégier la fédération à la confrontation

« *Les personnes ne résistent pas systématiquement au changement, mais davantage à la manière dont il est introduit*¹⁵⁹ » (MARSAN, 2008, 2015).

Plutôt que de me confronter aux réticences et aux représentations opposées au projet, je souhaite à l'inverse les utiliser au bénéfice de celui-ci. Une phase de tests de paramétrage, importante d'un point de vue technique et stratégique, est prévue avant la mise en production de l'outil. Cette phase sera l'occasion d'intégrer les services des cadres réfractaires aux services pilotes. Par cette démarche, je souhaite qu'elles constatent d'elles-mêmes et par la pratique, les avantages offerts par l'outil. Car « *les acteurs doivent voir les objectifs et être parties prenantes du changement*¹⁶⁰ » (MARSAN, 2008, 2015). Ils doivent « *prendre conscience de leur implication et de l'importance de leur contribution*¹⁶¹ » (MARSAN, 2008, 2015). Cette implication dans le projet sera l'occasion d'apaiser leurs craintes. Elles pourront tester directement les possibilités de personnalisation offertes par l'outil OCTIME et qui, selon moi, seront à même de pouvoir répondre à leurs attentes en matière de gestion « d'arrangements » ponctuels. Cette phase, je l'espère, leur permettra également de démystifier la GTA par cycles de travail, par valorisation de la simplification du procédé.

¹⁵⁷ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Editions du seuil, 1977, 2014, 432 pages, p. 405, 406.

¹⁵⁸ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 134.

¹⁵⁹ Ibid. Page 105.

¹⁶⁰ Ibid. Page 227.

¹⁶¹ Ibid. Page 222.

« Un changement de culture implique que les acteurs de l'organisation soient en mesure de construire ensemble de nouvelles valeurs. Cette co-construction passe souvent par une réflexion commune autour des nouvelles croyances de l'entreprise et de leur intégration dans un construit historique¹⁶² » (AUTISSIER, VANDANGEON-DERUMEZ, 2007). De ce fait, je propose d'intégrer également à cette phase de pilotage les services de Réanimation – USC et de Pédiatrie. De la même manière, je souhaite que les cadres de ces services constatent d'eux-mêmes qu'il sera d'autant plus aisé de gérer les compétences des personnels paramédicaux grâce au nouvel outil de GTA. Mais par leur inclusion, je recherche à leur démontrer également que ce ne sont pas uniquement leurs personnels qui sont spécifiques, mais que tout personnel paramédical exerçant dans tout service acquiert des compétences spécifiques. Car à mon sens, la spécificité n'est pas l'exception mais plutôt la généralité. L'objectif étant que chaque cadre puisse identifier « *ce qui lui faisait juger l'autre* » afin que « *les passerelles entre les similitudes l'emportent sur les blocages*¹⁶³ » (MARSAN, 2008, 2015). L'idée étant de travailler sur les représentations de chacun afin de pallier les manques de souplesse organisationnelle ponctuels, notamment en matière de mobilité professionnelle.

L'Assistante DSSI et moi-même étant quelque peu « juges et parties », je m'appuierai ponctuellement sur notre Contrôleur de Gestion Sociale, en tant que référent SIRH pour la DRH. En outre, il apportera aux cadres un regard extérieur à leur pratique, gage de plus d'impartialité.

Toujours dans l'optique travailler sur les représentations des cadres, j'organiserai une rencontre avec une cadre exerçant au sein d'un établissement partenaire, et utilisatrice de l'outil OCTIME depuis 4 ans. Cette rencontre permettra de confronter leurs attentes à une expérience utilisateur, sur un principe de « benchmarking¹⁶⁴ ».

Dans un second temps, je proposerai aux cadres pilotes de monter en compétences, en les intégrant à l'équipe de référents GTA, afin qu'ils deviennent des « utilisateurs ambassadeurs » auprès des cadres de santé. « *L'engagement correspond aux conditions de réalisation d'un acte qui, dans une situation donnée, permettent d'opposer cet acte à celui qui l'a réalisé*¹⁶⁵ » (JOLE, BEAUVOIS, 2009). En participant à la phase de tests en tant que cadre d'un service pilote, ces derniers auront mis une part d'eux-mêmes dans le projet. Ils seront ainsi à même de pouvoir s'impliquer activement dans l'accompagnement de leurs collègues lors des phases successives de déploiement du logiciel.

Au-delà des réticences que certains cadres peuvent éprouver, loin de m'en faire des obstacles, je souhaite au contraire m'en faire des alliés. Car mes expériences passées de pilotage de projets m'ont appris que le succès ne s'obtient qu'en ralliant les acteurs à sa propre cause.

¹⁶² AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., Pas de changement sans adhésion des managers, L'Expansion Management Review, 2007/3 N° 126, p. 116-129, page 119.

¹⁶³ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 234.

¹⁶⁴ Anglicisme synonyme d'étude comparative (ici de pratiques entre établissements de santé).

¹⁶⁵ JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L., Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Grenoble, PUG, 2014, 317 pages, p. 81.

2.2.4 Modalités pratiques de mise en place



Une première phase, d'une durée prévisionnelle de 2 semaines, sera consacrée à la formation des référents internes en paramétrage et formation à l'outil de GTA. Ces référents seront formés par le prestataire OCTIME (prestation incluse dans le contrat initial).

La seconde phase, découlant sur une période d'environ 3 mois, sera consacrée aux tests de paramétrage et de planification, centralisés sur les services pilotes. C'est en début de cette étape que les cadres des services pilotes seront formés à l'outil par nos référents internes. Par ailleurs, c'est également au cours de cette phase que devront être rédigés les premières procédures et guides d'utilisation internes, en prévision de la phase de mise en production de l'outil.

La troisième étape sera consacrée à la mise en production de l'outil. Un déploiement par vagues sur 3 mois a été privilégié. En effet, nos expériences en matière de déploiement du DPI nous amènent à privilégier ce mode, propice aux réajustements progressifs.

Une fois le déploiement finalisé, nous entrerons alors en phase d'utilisation « en routine », que nous avons « borné » à une durée de 6 mois, et au cours de laquelle les référents internes resteront les relais privilégiés des utilisateurs au quotidien. Le choix des référents, faisant majoritairement partie du corps encadrant, favorisera une présence quotidienne, permettant un accompagnement plus qualitatif et privilégié.

2.2.5 Evaluation du projet

Comme tout projet, il conviendra d'en évaluer l'évolution et le succès, par la mise en place de critères d'évaluation des actions mises en place.

L'un des indicateurs sera le nombre de services intégrant la phase de pilotage, puis le nombre de cadres montés en compétences en tant que référents à la suite de cette phase de pilotage.

Nous pourrions également apprécier l'intérêt porté au projet via le nombre de cadres participant à la rencontre avec le cadre « utilisateur expérimenté » de l'outil OCTIME.

Ayant recueilli les attentes spécifiques des cadres avant la mise en œuvre du projet, je souhaite également revenir vers eux après la phase d'utilisation de l'outil en mode « routine », sous la forme d'un questionnaire en ligne, en reprenant leurs attentes initialement exprimées et en évaluant leur satisfaction finale. Nous pourrions ainsi calculer un taux de réponse aux attentes initiales, mais aussi isoler les aspects restant insatisfaits. L'idée étant de faire évoluer l'outil, à distance du paramétrage initial, afin de le faire correspondre au mieux aux attentes opérationnelles.

Côté salariés, nous recueillerons le nombre de participants à l'action de e-learning mise à disposition en ligne dans le cadre de la démonstration d'utilisation du portail salarié « RH ». Nous suivrons également suivre régulièrement le taux d'utilisation du portail salarié, par extraction de données

directement sur le logiciel de BI¹⁶⁶ fourni par le prestataire OCTIME. Ces extractions nous permettront ainsi d'obtenir un taux global d'adhésion salariale à l'outil.

L'une des ambitions du nouvel outil de GTA étant de diminuer le nombre d'erreurs, en particulier d'édition de paie, je proposerai à la DRH la mise en place d'un processus de suivi de ces erreurs. Pour cela, nous procéderons à la création d'un circuit de déclaration d'évènement indésirable dédié à la « RH ». Nous pourrions utiliser l'outil informatisé de déclaration déjà existant. Il nous permettra de suivre objectivement le nombre d'évènements indésirables déclarés ainsi que leur nature, par recueil de données à la fois quantitatives mais aussi qualitatives. Ce circuit pourra également devenir un allié pour les gestionnaires de paie, par création d'un circuit dédié au traitement des erreurs. Quant au déclarant, il pourra suivre l'évolution du traitement de sa réclamation en temps réel.

Seul inconvénient : cet outil de suivi n'étant pas actuellement en place, il nous sera impossible d'obtenir un comparatif du type avant/après SIRH. En revanche, nous pourrions suivre l'évolution du nombre d'évènements indésirables déclarés et s'assurer que leur tendance est bien à la baisse.

Dans une vision à plus long terme, je souhaite également mesurer les éventuels effets de la mise en place du SIRH sur le taux d'absentéisme paramédical, en particulier l'absentéisme de courte durée. En effet, des actions passées, ciblées sur une responsabilisation accrue des salariés, ont déjà impacté le taux d'absentéisme de courte durée à la baisse¹⁶⁷. Il sera alors intéressant de vérifier si le SIRH, par l'induction d'une responsabilisation et d'une part de contrôle accrue, aura le même type d'effets. La DRH disposant des données nécessaires, nous pourrions ainsi aisément comparer les taux d'absentéisme avant et après mise en place du SIRH.

2.2.6 Barrières et difficultés rencontrées

2.2.6.1 A planning harmonisé, collaboration innée?

Le planning est un terrain de jeux de pouvoir. Cela s'en trouve exacerbé quand il s'agit qui plus est de gérer des discordes entre cadres, dans un contexte de planning partagé. Qui n'a jamais connu les clivages entre équipes de nuit et de jour ? Pour contrer cela, des équipes paramédicales tournantes ont été mises en place en Réanimation-USC il y a maintenant plusieurs années. Désormais, une majorité d'IDE alternent entre roulement de nuit et de jour, sur des périodes de 3 mois. Seuls quelques soignants sont fixes, le plus souvent au bénéfice de leur ancienneté. Nous pouvons dire aujourd'hui que ce changement organisationnel a plutôt bien fonctionné. Les conflits sont moins fréquents. Et la répartition des activités se fait de façon plus naturelle.

En revanche, c'était sans compter sur les désaccords entre cadres de santé. En effet, la planification des temps de travail des personnels IDE « tournants » est placée sous la responsabilité de la cadre de jour. Les personnels de nuit sont, quant à eux, gérés par la cadre de nuit. Cette organisation impose un planning commun entre cadres de jour et de nuit. Ce qui est source de tensions régulières, que ce soit en matière d'organisation pratique ou de gestion des remplacements ponctuels.

Parce que complexe et source de tension, équipes de nuit et de Réanimation-USC vont être intégrées aux services pilotes des phases de tests. A l'heure actuelle nous ne savons pas encore quel type de planification pourra répondre à ce contexte de travail si particulier. Il nous faudra travailler en étroite

¹⁶⁶ Anglicisme signifiant « business intelligence ». Désigne un outil informatique ayant vocation à extraire des données d'un logiciel donné (ici OCTIME).

¹⁶⁷ Ce fût le cas après l'arrêt du paiement en interne des 3 jours de carence « Sécurité Sociale » en 2016, ayant engendré une diminution d'environ 50% des arrêts maladie de courte durée.

collaboration avec le chef de projet prestataire et les cadres concernées. L'idée étant de trouver le meilleur compromis organisationnel, afin de désamorcer toute possibilité de conflit supplémentaire.

2.2.6.2 Laisser le temps au temps ?

Souvent le plus grand ennemi d'un projet reste le temps. Temps institutionnel et temps des acteurs ne sont pas toujours en phase. Si l'enchaînement des projets est valorisé par les directions, des « *périodes de non-projet, des périodes de mise en jachère*¹⁶⁸ » (BOUTINET, 1993, 2014), permettant un ressourcement des énergies créatrices, sont nécessaires entre la mise en œuvre de ces projets.

« Laisser le temps au temps » est essentiel. Il faut « *accorder le temps nécessaire à la gestation d'un changement. Afin que celui-ci puisse s'effectuer à la vitesse humaine et non à celle, fictive, des plans tirés sur la comète que décrivent les documents stratégiques*¹⁶⁹ » (MARSAN, 2008, 2015). Mais ce temps, nécessaire à l'assimilation du changement, est trop souvent associé à un espace vide, contre-productif. Combien d'entreprises valorisent-elles les temps informels ? Ils sont pourtant si nécessaires. « *Le vide permet la recomposition indispensable de l'imaginaire, condition sine qua non pour concevoir un autre futur, pour changer et pour agir autrement*¹⁷⁰ » (MARSAN, 2008, 2015). Pour permettre aux personnes concernées par le changement de pouvoir l'intégrer, il faut leur laisser le temps de la parole et de la réflexion. Ce temps est nécessaire à la déconstruction des représentations initiales et à la reconstruction de nouvelles représentations communes. Ainsi, ces espaces temps, que les dirigeants voient souvent vides et inutiles, sont en réalité bien pleins et constructifs.

Mais bien souvent le temps « stratégique » nous rattrape. Et le projet SIRH n'est malheureusement pas une exception. En effet, la restructuration de la DRH et la coordination entre prestataires ont déjà fait prendre 1 mois de retard au projet de GTA. Il nous faudra donc jongler entre temps institutionnels et temps informels, faire des choix et prioriser nos actions, afin de donner le temps de l'assimilation aux équipes. Même si ce sera parfois à minima.

2.2.6.3 A changement de Directeur, changement de cap ?

Ma plus grande difficulté, à titre personnel, est de réussir à ancrer mon positionnement face à un contexte hiérarchique mouvant. Une nouvelle Directrice des Soins est arrivée en Septembre 2017. Elle a bénéficié d'une période « d'intégration » de 6 mois, pour finalement poursuivre, seule, depuis début Mars 2018. Une nouvelle relation de confiance s'est rapidement établie entre nous et elle me laisse piloter les projets en cours. Nous faisons un point hebdomadaire systématique, au cours duquel je l'informe de l'avancée des projets et lui fais part de mes questionnements éventuels.

Parallèlement à sa prise de fonctions, un Directeur des Soins Adjoint (anciennement Cadre Responsable de bloc) a été nommé mi-Mars 2018. Habitée à une configuration de lien direct avec ma Directrice des Soins, j'ai désormais un maillon hiérarchique supplémentaire. À la suite de cette nomination, mon positionnement s'en trouve à redéfinir au sein même de la DSSI.

Je dois également défendre mon rôle de chef de projet, responsable du pilotage du projet de GTA, vis-à-vis de notre toute nouvelle DRH. En effet, l'ancienne DRH ne comptait qu'un Directeur des

¹⁶⁸ BOUTINET, Jean-Pierre. Que sais-je ? Psychologie des conduites à projet. Paris : Puf, 1993, 2014, 127 pages, p. 69.

¹⁶⁹ MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages, p. 169.

¹⁷⁰ Ibid. page 165.

Ressources Humaines, 3 Gestionnaires de Paie et 2 Assistantes. Beaucoup de tâches « RH » étaient ainsi déléguées aux différents interlocuteurs encadrants. Il n'a donc pas été compliqué pour moi de me positionner en tant que pilote d'une partie du projet SIRH. Comme vu précédemment, la nouvelle DRH est désormais beaucoup plus structurée. D'une organisation monocéphale, nous sommes passés à une direction quadripolaire. Un Contrôleur de Gestion Sociale, responsable du pilotage de projet SIRH pour la DRH, est arrivé mi-Avril 2018. En parallèle, la nouvelle Directrice des Ressources Humaines a été mandatée par la Direction Générale pour recentraliser l'ensemble des missions « RH » au sein de la DRH. Si bien qu'il est beaucoup plus difficile de défendre mon rôle de chef de projet face à cette nouvelle organisation. Mais, à mon avantage, le projet de GTA ne peut se faire sans la DSSI, représentant les principaux planificateurs de temps d'activité. Il me faut ici mettre en avant mon rôle d'expert pour pouvoir défendre mon positionnement vis-à-vis du projet. Il s'agit pour moi de mettre également à l'épreuve ma propre résistance au changement.

2.2.6.4 Des rapports opérationnels complexifiés ?

« Avant c'était plus simple !¹⁷¹ »

La restructuration en cours de notre DRH complexifie parfois les rapports humains. Ce fût une étape difficile et laborieuse. Beaucoup d'erreurs de paie furent rattrapées, parfois in extrémis. Aujourd'hui encore, la DRH peine à trouver les bons outils et les bons canaux de communication. Si bien que cadres de santé et salariés peinent encore à faire le deuil de l'ancienne organisation. Ce sont avant tout les rapports humains qui manquent parfois. D'une organisation au sein de laquelle chacun avait développée des rapports privilégiés avec certains interlocuteurs, on passe désormais à une organisation plus fournie mais au sein de laquelle on ne sait plus à qui s'adresser pour obtenir gain de cause.

Comme tout changement, la restructuration de la DRH demande du temps. De la même façon, cadres et salariés ont également besoin de temps pour pouvoir se l'approprier. Cela passera avant tout par une communication accrue de la part de la DRH, qui multiplie d'ores et déjà les actions informatives. Le temps nous dira si elles porteront leurs fruits.

2.2.6.5 Des lièvres soulevés ?

Comme vu en 2.1.6.2., la restructuration de la DRH n'était peut-être pas si dénuée de sens stratégique finalement. Plus particulièrement, la nomination d'un Contrôleur de Gestion Sociale, en charge à la fois de la gestion de la paie et du projet SIRH pour la DRH, ne s'avère-t-elle pas si anodine.

La réunion d'encadrement opérationnel du 19 Avril 2018 a été l'occasion pour notre Direction Générale de « tirer le signal d'alarme » sur un état « activité-recettes-dépenses » n'étant pas celui escompté en premier trimestre annuel. La baisse tarifaire de -1,7% appliquée aux établissements ESPIC en 2018, combinée à une baisse d'activité plus élevée que prévu, engendre un écart de 2,1 millions d'euros en base¹⁷².

L'accent a été particulièrement mis sur les dépenses en ressources humaines. A titre indicatif, l'EPRD prévoyait une augmentation des dépenses en ressources humaines de 7% en 2018. Or, en cumulé sur le premier trimestre 2018 nous sommes déjà à +13%. Des mesures correctives immédiates sont attendues. Cela va passer par un non remplacement de certains départs, un report de certains

¹⁷¹ Déclaration d'un cadre de santé lors de la réunion d'encadrement du 26 avril 2018.

¹⁷² Sur comparatif entre le premier trimestre 2017 et le premier trimestre 2018.

recrutements prévisionnels, un gel de certains postes, une diminution du recours aux prises de poste supplémentaires rémunérées et un recours à l'intérim uniquement à titre exceptionnel.

L'un des objectifs affichés de la nouvelle DRH est de « piloter les dépenses RH et développer un dialogue de gestion ». Les personnels soignants représentent environ 70% des ressources humaines de l'établissement. La Direction des Soins a donc un rôle majeur à jouer dans le contexte actuel. Nous verrons, en troisième partie, les propositions faites au regard de ce contexte. Car, aussi complexe soit-il, il est également l'opportunité de développer et asseoir la collaboration entre DSSI et DRH.

A RETENIR

- Le projet rencontre l'adhésion des principaux acteurs hiérarchiques et stratégiques.
- Bien que globalement favorables au projet, les cadres de santé font preuve de quelques résistances. Elles sont principalement dues à la part de pouvoir représentée par le planning.
- Les salariés craignent une perte de salaire, due à un encadrement plus strict du financement de leurs heures supplémentaires.
- Le projet SIRH est également l'occasion d'évoquer la problématique de la GTA médicale.
- Je souhaite accompagner les cadres au changement en mettant en balance perte individuelle et gain collectif.
- L'Assistante DSSI, en tant qu'agent marginal sécant acquis à la cause du projet, doit voir ses compétences critiques valorisées.
- Plutôt que de se confronter aux réfractaires, il faut à l'inverse les impliquer dans le projet, afin de leur permettre de co-construire le changement.
- L'évaluation du projet et des actions mises en place passera par la mise en place d'indicateurs quantitatifs mais aussi qualitatifs.
- La collaboration entre acteurs, aux visions parfois opposées, et le manque de temps font partie des difficultés rencontrées.
- Il me faut également trouver le juste positionnement dans un contexte hiérarchique mouvant.
- Des difficultés financières de dernière minute viennent compliquer la donne. Mais c'est aussi l'occasion pour la DSSI de réinvestir son positionnement institutionnel.

3. PERSPECTIVES D'AVENIR

Selon moi, le SIRH est également un vecteur de changements plus profonds. Il est une opportunité de revoir nos pratiques actuelles et les amener à évoluer. C'est pourquoi dans cette partie je m'attacherai tout d'abord à exposer mes propositions, que je souhaite en faveur d'une redéfinition et d'une professionnalisation du rôle que le cadre doit jouer au sein de la nouvelle organisation. Puis, dans un second temps, je reviendrai à ma problématique initiale. Finalement, nous verrons que le chef de projet ne souffre peut-être pas autant de manque de légitimité que d'un manque de reconnaissance de son individuation.

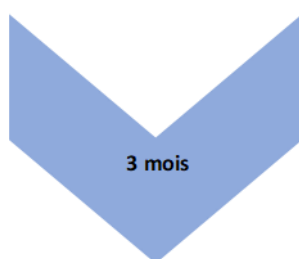
3.1 Redéfinir le rôle du cadre de santé

Si le SIRH permet une libération du temps de travail des cadres, comment alors valoriser ce temps libéré ? Dans ce chapitre, je vais vous faire part de ma vision des choses. Selon moi, le SIRH est avant tout une opportunité de valorisation des compétences des cadres, que je souhaite au service d'une organisation désormais tournée vers « l'apprenance ».

3.1.1 Libérer son temps de travail

Au-delà de la mise en place du nouvel outil de GTA, c'est le positionnement des cadres que je souhaiterais voir évoluer à plus long terme. Une fois le SIRH implanté, je souhaite proposer à la Directrice des Soins la mise en place de référents planning au sein de chaque service. Les cadres seront ainsi libérés de cette tâche, bien plus chronophage que valorisante. Leur part de contrôle sera en revanche préservée. Ainsi, les référents resteraient sous leur autorité et les plannings soumis à leur validation avant diffusion. Demandes d'absences ou de congés annuels seraient également maintenus à l'appréciation et validation du cadre de santé.

Par ce procédé, c'est également les agents que l'on valorise. La nomination de référents constitue également un gage de confiance et de valorisation pour les salariés concernés. Au sein d'un même service, plusieurs types de référents pourraient ainsi être définis, comme des référents pharmacie, étudiants ou commandes. Ces rôles seraient tournants, de façon que chacun puisse, à un moment ou un autre se retrouver valorisé dans des tâches qu'il apprécie plus particulièrement. A l'inverse, l'expectative de ces tâches, jugées plus valorisantes, les rendraient également plus aptes à accepter de réaliser certaines tâches jugées de moindre valeur ajoutée.



Ainsi, après la phase de fonctionnement en mode « routine » de l'outil de GTA, nous pourrions envisager la mise en place des référents planning au sein des différents services. Pour cela, je prévois une phase de « compagnonnage » de 3 mois prévisionnels, au cours de laquelle les cadres de santé pourront accompagner leurs référents respectifs.

Je vois dans ce type d'organisation un système « gagnant-gagnant », valorisant le temps des cadres de santé et favorisant le sentiment de reconnaissance pour les salariés.

3.1.2 Une montée en compétences au service de la compétence

Libérés dans leur temps, les cadres seront alors en mesure de pouvoir monter en compétences dans d'autres domaines. Ils pourront développer le travail en mode projet. Ils pourront plus aisément consacrer de leur temps à l'accompagnement des étudiants. La recherche paramédicale étant encouragée au sein de notre établissement, elle est également un domaine de compétence en devenir et de prédilection pour nos cadres de santé.

Guy Le Boterf¹⁷³ définit la compétence comme « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés*¹⁷⁴ ». Autrement dit, elle n'est pas transférable et se voit uniquement dans l'action. D'où les difficultés qu'éprouvent souvent les soignants à être déplacés dans des services autres que le leur. Ces réticences, que le cadre peut parfois ressentir comme une forme de mauvaise volonté, sont en réalité l'expression d'un sentiment de manque de compétence.

En revanche, la mobilité peut constituer un réel levier managérial si elle est organisée.

Je souhaite ainsi proposer à la Direction des Soins la mise en place d'une mobilité paramédicale au sein de services de champs de compétences proches, afin de favoriser l'adhésion des professionnels et apporter une cohérence opérationnelle à cette action. Cette mobilité pourrait être envisagée dès la phase d'utilisation en mode « routine » de l'outil OCTIME. A titre d'exemple, les IDE d'hospitalisation ophtalmologique pourraient tourner entre les services des urgences et des consultations ophtalmologiques. Les IDE d'hospitalisation neurovasculaire pourraient quant à eux tourner entre les services de neurovasculaire aigu et de neurovasculaire « post-AVC ». Cette mobilité, organisée, permettra un développement des compétences, ainsi qu'un certain décroisement des pratiques et des représentations soignantes entre services. Par ailleurs, elle favorisera également le volontarisme et l'adhésion autour des remplacements ponctuels entre services.

Cette nouvelle organisation sera bien entendu accompagnée de près par les cadres de santé. En parallèle, cette nouvelle modalité d'organisation du travail permettra également un décroisement des compétences et des représentations d'encadrement, par le développement de la collaboration entre cadres de santé.

Plus globalement, les cadres de santé seront plus à même de pouvoir prendre activement part à la GPEC, qui sera déployée en seconde phase du projet SIRH, par ajout d'un module dédié. L'inclusion des cadres dans cette étape fondamentale de la mise en place du SIRH global sera fondamentale. Premiers référents des salariés sur le terrain, ils seront la garantie d'une GPEC fondée sur l'analyse du travail réel et non menée « hors-sol ».

3.1.3 Promoteur de la qualité de vie au travail

Parallèlement à l'insertion du module de GPEC, un module de QVT sera également annexé et viendra compléter la configuration finale de notre SIRH.

Le cadre de santé est l'un des maillons principaux entre informations descendantes et ascendantes. Il est le dépositaire des injonctions de sa direction, parfois contradictoires, mais aussi très souvent du mal-être de ses équipes. Exerçant qui plus est dans un environnement caractérisé le plus souvent par la contingence, il est le premier exposé aux risques psychosociaux.

¹⁷³ Guy Le Boterf est directeur de Le Boterf Conseil (France), docteur d'Etat en lettres et sciences humaines et docteur en sociologie. Il est également professeur associé à l'université de Sherbrooke (Canada).

¹⁷⁴ Cité par LATEURTRE-ZINOUN M., dans l'article, L'expérience et les compétences peuvent-ils se transmettre?, Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, 07/2012, Paris, France, 11 pages.

Face à cela, je souhaite permettre aux cadres de santé de consacrer une partie du temps libéré par l'activité de planification à la promotion active de la QVT au sein de l'établissement. Entre-autres, ce temps pourra être consacré à l'intégration effective des nouveaux embauchés. Mais je souhaite également soutenir la mise en place de l'analyse de situations prévalentes au sein des services de soins, ainsi que l'organisation d'espaces d'expression du travail. L'idée étant de potentialiser la satisfaction des employés, mais aussi majorer leur fidélisation, impactant à terme les taux d'absentéisme ou de « turn-over » paramédical.



Phase de développement de la QVT et GPEC interviendront à distance, après appropriation de la nouvelle organisation de planification des temps de travail par les référents soignants. C'est une phase du projet que je prévois longue, sur une durée prévisionnelle d'un an. Ce temps, long, est néanmoins nécessaire, cette étape importante de valorisation des compétences ne devant pas être menée « hors sol ».

Au-delà des bienfaits apportés aux équipes paramédicales, je suis également convaincue que ces nouveaux modes d'accompagnement seront également salutaires pour les cadres eux-mêmes.

3.1.4 Développeur d'une organisation apprenante

Le contexte entrepreneurial actuel réinterroge les modèles organisationnels classiques « post-tayloriens ». Conscientes de l'adaptation nécessaire à leur contexte de marché et à la montée en exigence des attentes de leur clientèle, un nombre croissant d'organisations se tournent vers « l'apprenance », se calquant sur leurs cousines anglo-saxonnes « learning organizations ». On parle ainsi en France de l'émergence des « organisations apprenantes ».

Peter SENGE¹⁷⁵ a été précurseur dans le développement de ce type d'organisation au début des années 90. Dans son ouvrage éponyme « La cinquième Discipline », il définit les organisations apprenantes comme « *celles dont les membres peuvent sans cesse développer leurs capacités à atteindre des résultats qu'ils recherchent, où des nouveaux modes de pensée sont mis au point, où les aspirations collectives ne sont pas freinées, où les gens apprennent en permanence comment apprendre ensemble*¹⁷⁶ » (SENGE, 1991). Pour Thierry LAPLANCHE¹⁷⁷, « *l'organisation apprenante est définie comme une organisation douée de la capacité à générer de l'intelligence collective, par la confrontation des expériences, l'échange de pratiques et l'édification de vraies communautés de métiers*¹⁷⁸ » (LAPLANCHE, 2008).

Reprenant les propos d'Anaïs BRUNIER-COJEAN¹⁷⁹, « *la vision partagée, le leadership et la culture d'entreprise vont être les premiers concepts nécessaires à la mise en place de l'apprenance dans l'organisation*¹⁸⁰ » (BRUNIER-COJEAN, 2016). Considérant le dynamisme que notre direction a su établir au sein de notre établissement au cours des 7 dernières années, il apparait que « le terreau » propice au développement d'un environnement apprenant est d'ores et déjà en place.

¹⁷⁵ Cf. Note de bas de page, en seconde de couverture.

¹⁷⁶ SENGE P., La Cinquième Discipline, General First, 1991.

¹⁷⁷ Consultant en management des ressources humaines, directeur associé du cabinet de conseil en stratégie et management « Orgaconsultants ».

¹⁷⁸ Cité par BRUNIER-COJEAN A. dans L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken : éditions universitaires européennes, 2016, 116 pages, p.17.

¹⁷⁹ BRUNIER-COJEAN A., dans son mémoire L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken : éditions universitaires européennes, 2016, 116 pages.

¹⁸⁰ Ibid. Page 39

Présageant la poursuite de cette dynamique déjà instaurée, il est pour moi évident que les cadres de santé ont un rôle de premier ordre à jouer dans l'ancrage de ce nouveau schéma organisationnel. Qu'il s'agisse d'apprentissages individuels, collectifs ou organisationnels, les cadres de santé seront toujours les premiers concernés. Relais auprès des équipes, ils sont les principaux leviers managériaux de la direction en matière de changement organisationnel. En effet, l'apprenance suppose le développement d'un environnement propice, dans lequel les salariés pourront trouver « *la sécurité psychologique, l'appréciation des différences, l'ouverture aux nouvelles idées et du temps pour la réflexion*¹⁸¹ », un environnement pouvant « *fournir aux employés de nouveaux challenges (...) autoriser les divergences (...) reconnaître le mérite de chacun*¹⁸² » (BRUNIER-COJEAN, 2016).

Car dans l'organisation apprenante, c'est bien l'individu qui est au centre de tout. La diversité des compétences et des opinions est valorisée et prise en compte. Partage de savoirs et communication sont valorisés et encouragés. Et c'est à ce niveau que le cadre de santé doit intervenir, en organisation des espaces de travail en groupe au sein desquels « *l'intelligence est rassemblée*¹⁸³ » (BRUNIER-COJEAN, 2016). Cette configuration permettra alors un travail par retour d'expérience. Les erreurs sont analysées et solutionnées de manière concertée. Et les réussites sont valorisées collectivement. Les visions deviennent ainsi partagées.

L'organisation apprenante présente un double intérêt. Elle permet le développement et le maintien de la motivation des salariés, qui se sentent impliqués dans la vie de l'organisation en participant activement à son succès. Dans un tel contexte, le « turn-over » salarial s'amointrit et le sentiment d'appartenance se développe. « *L'individu peut donc s'épanouir et travailler efficacement pour son entreprise plutôt que dans son entreprise*¹⁸⁴ » (BRUNIER-COJEAN, 2016). Côté entreprise, les acteurs étant impliqués, les résistances aux différents changements se trouveront amoindries, permettant le maintien du dynamisme organisationnel. Par ailleurs, le débridage de la pensée salariale favorise créativité et innovation.

Bien plus qu'un simple système d'information supplémentaire, le SIRH est, selon moi, un véritable outil de « *knowledge management*¹⁸⁵ ». Il permet d'exploiter « *les informations comme une ressource, de faire l'expérience des processus de collaboration et des logiciels de travail en groupe*¹⁸⁶ » (BRUNIER-COJEAN, 2016). A terme, il sera, selon moi, un fort levier managérial de développement et pérennisation de l'organisation apprenante au sein de notre fondation.

A RETENIR

- Le gain de temps apporté par le SIRH permettra une valorisation du temps des cadres.
- Cette valorisation passe par une redéfinition de leur rôle et de leurs activités.
- Les cadres de santé seront intégrés aux démarches futures de GPEC et de QVT
- Je souhaite faire des cadres de santé des piliers centraux du développement de « l'apprenance » au sein de notre fondation.

¹⁸¹ BRUNIER-COJEAN A., dans son mémoire L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken : éditions universitaires européennes, 2016, 116 pages, p.42.

¹⁸² Ibid. Page 43

¹⁸³ Ibid. Page 49

¹⁸⁴ Ibid. Page 27

¹⁸⁵ Outil de partage des connaissances.

¹⁸⁶ BRUNIER-COJEAN A., dans son mémoire L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken : éditions universitaires européennes, 2016, 116 pages, p. 26.

3.2 Légitimité, reconnaissance & individuation

Dans ce chapitre, nous allons revenir sur la problématique initiale, et tenter de comprendre à quel niveau se situe la légitimité du chef de projet.

3.2.1 Légitimité & reconnaissance professionnelle

Le concept de légitimité comporte de nombreuses définitions, et peut être interprété de diverses manières. La définition la plus souvent retrouvée la lie au droit. On parle alors de « *qualité, état de ce qui est légitime, conforme au droit, à la loi*¹⁸⁷ ». Certains auteurs, comme Brigitte BOUQUET¹⁸⁸, distinguent en particulier la légitimité formelle, relative aux lois, de la légitimité sociale, qui « *relie les citoyens sur la base d'une identité collective forte et d'intérêts communs*¹⁸⁹ » (BOUQUET, 2014).

Recentrant plus précisément ma réflexion sur la notion de légitimité professionnelle, je me suis intéressée à l'analyse menée par Haud GUEGUEN¹⁹⁰, sur le sentiment de légitimité professionnelle, qu'elle a confronté à la théorie de la reconnaissance¹⁹¹. Elle positionne ainsi le concept de légitimité comme un sentiment psychosocial.

Déjà George Herbert MEAD¹⁹² indiquait que « *la reproduction de la vie sociale s'accomplit sous l'impératif d'une reconnaissance réciproque*¹⁹³ ». Haud GUEGUEN, se basant sur la théorie de la reconnaissance d'Axel HONNETH¹⁹⁴, précise que « *c'est l'être-reconnu qui permet à l'individu de développer un rapport à soi positif*¹⁹⁵ ». Autrement dit, l'individuation est dépendante de la socialisation et de la reconnaissance par autrui. On touche au rapport identitaire de l'individu, qui ne sera positif vis-à-vis de lui-même qu'en obtenant la reconnaissance de l'autre. S'il y a déni de cette reconnaissance, peuvent alors apparaître des pathologies psychosociales.

La légitimité, intimement liée à la reconnaissance, revêt donc toute son importance par la dimension qu'elle peut avoir dans la construction identitaire de l'individu. Il n'est alors pas étonnant que « *l'estime sociale conférée par le travail, la société, les pairs et la hiérarchie*¹⁹⁶ » (GUEGUEN, 2014) soit recherchée. Se sentir légitime c'est exercer une activité « *socialement dotée de valeur*¹⁹⁷ » et être « *reconnu pour et par le travail que l'on réalise*¹⁹⁸ » (GUEGUEN, 2014).

Le Chef de Projet que je suis n'est pas exempté de cette quête.

¹⁸⁷ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/légitimité>, [Consulté le 27 Avril 2018]

¹⁸⁸ Professeure émérite au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)

¹⁸⁹ BOUQUET B., La complexité de la légitimité, *Vie Sociale*, 2014/4, n°8, p.13-23, p.13.

¹⁹⁰ Maître de conférences en philosophie au CNAM.

¹⁹¹ GUEGUEN H., Reconnaissance et légitimité, Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance, *Vie Sociale*, 2014/4, n°8, p.67-82.

¹⁹² (1863-1931), sociologue et philosophe américain, fondateur de la psychologie sociale.

¹⁹³ Cité par Haud GUEGUEN dans son article, page 71

¹⁹⁴ Philosophe et sociologue allemand.

¹⁹⁵ GUEGUEN H., Reconnaissance et légitimité, Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance, *Vie Sociale*, 2014/4, n°8, p.67-82, p.72.

¹⁹⁶ Ibid. Page 76

¹⁹⁷ Ibid. Page 76

¹⁹⁸ Ibid. Page 76

3.2.2 Le Chef de Projet : une légitimité en souffrance ?

La légitimité est aisément associée à la notion de reconnaissance hiérarchique. Mais associer ce concept uniquement à un ordre statutaire serait une erreur. N'avons-nous jamais été confrontés à un quelconque supérieur hiérarchique que nous ne trouvons pas professionnellement légitime ? Pour Brigitte BOUQUET, « *la légitimité se situe au cœur de la compétence, dans l'engagement d'agir* ». « *Elle repose sur la reconnaissance des activités de travail et des manières de faire, sur la capacité relationnelle et sur l'expertise professionnelle*¹⁹⁹ » (BOUQUET, 2014). Bien plus que statutaire, elle est avant tout question de compétence et expertise. Elle passe par la compréhension du contexte de travail, « *au-delà de la seule question de position stratégique par la reconnaissance au travail au milieu des enjeux de pouvoir*²⁰⁰ » (JOUVET, 2009).

Revenant à la problématique initiale du présent projet managérial, je peux en conclure que le Cadre Expert Chef de Projet que je suis a une légitimité toute fondée à accompagner les cadres de proximité dans le changement engagé par la mise en place du nouveau SIRH. Ancienne soignante et Cadre de Soins, je connais et ai pratiqué le contexte professionnel dans lequel ils exercent quotidiennement. Par mon expérience au sein de la Direction des Soins, je mesure les enjeux de la mise en place d'une solution de GTA. Et la réussite de projets dont ma hiérarchie a pu me confier le pilotage, comme la mise en place du DPI, ont consolidé mon expertise et développé ma reconnaissance par mes pairs. Au décours de ces projets, je pense avoir démontré à mes collègues cadres ma volonté de me positionner comme soutien et accompagnatrice du changement, ainsi que mon attachement à préserver le lien entre la Direction des Soins et les problématiques opérationnelles. Bien que fonctionnellement reconnue par ma hiérarchie, je suis plus que jamais convaincue que la légitimité fondamentale s'acquiert sur le terrain, au plus proche des acteurs et en « co-construisant » les solutions à leurs problématiques. Car aujourd'hui les managers « *souhaitent également être des co-constructeurs du changement, jugeant qu'ils sont souvent les mieux placés pour dire comment les salariés vivent les valeurs de l'entreprise*²⁰¹ ». A juste titre, « *ils estiment avoir la plus grande légitimité pour cet exercice*²⁰² » (AUTISSIER, VANDANGEON-DERUMEZ, 2007)..

Mais la légitimité n'est jamais indéfiniment acquise. Si la légitimation est un processus nécessitant du temps, « *une légitimité relativement durable ne correspond guère aux réalités observées*²⁰³ » (HATZFELD, 2014). Elle est en réalité « *un parcours d'épreuves renouvelées, elle se diffracte en une multiplicité de preuves à apporter en fonction d'une diversité d'acteurs et de situations*²⁰⁴ » (HATZFELD, 2014). Il ne faut en effet jamais oublier que les projets se succèdent mais ne se ressemblent pas. Il en est de même pour les acteurs concernés. Le Chef de Projet ne doit donc jamais omettre de conserver une adaptabilité constante et des qualités d'écoute actives, et ne jamais transposer les méthodes d'accompagnement des individus d'un projet à un autre. Si la légitimité professionnelle peut mettre bien longtemps à se forger, elle peut également se consumer « tel un feu de paille ». En particulier si les acteurs et leurs préoccupations s'avèrent négligés.

¹⁹⁹ BOUQUET B., La complexité de la légitimité, Vie Sociale, 2014/4, n°8, p.13-23, p.20.

²⁰⁰ JOUVET G., Parcours et légitimité des cadres du social, Paris, L'Harmattan, 2009, 141 pages, p. 91.

²⁰¹ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., Pas de changement sans adhésion des managers, L'Expansion Management Review, 2007/3 N° 126, p. 116-129, page 125.

²⁰² Ibid. Page 128.

²⁰³ HATZFELD H., Au nom de quoi ? Les revendications de légitimité, expressions de mutations sociales et politiques, Vie Sociale, 2014/4, n°8, p.25-36, p.32.

²⁰⁴ Ibid. Page 32.

« Le concept-clé n'est plus celui du pouvoir comme domination/opposition mais celui de la part qu'on prend à...²⁰⁵ » (HATZFELD, 2014). J'en suis désormais convaincue.

3.2.3 L'individuation : outil de valorisation du parcours professionnel

« Faire preuve de maîtrise personnelle implique de vivre sa vie en la modulant (acte créatif) plutôt qu'en subissant les événements et leurs conséquences ²⁰⁶» (BRUNIER-COJEAN, 2016).

Le présent projet, par la complétude des compétences sollicitées, est également l'occasion d'une importante remise en perspective professionnelle. Il constitue pour moi une opportunité de faire prévaloir mon individuation auprès de ma hiérarchie. Si mon parcours professionnel a été jusqu'à présent jalonné de rencontres et d'opportunités déterminantes, le moment est venu pour moi de devenir actrice de mon propre parcours en étant force de proposition.

Le développement d'une organisation apprenante demande un amoindrissement de la hiérarchie dite verticale, au profit d'une communication développée et inscrite dans la transversalité. Dans ce contexte, « le rôle du 'middle management' devient de plus en plus important²⁰⁷ » (BRUNIER-COJEAN, 2016). Ainsi, mon poste actuel, construit dans la transversalité, peut devenir une plus-value dans le chemin que notre organisation a emprunté vers l'apprenance.

Si le projet SIRH a engagé un changement organisationnel nécessaire en matière de système d'informations, il n'en a pas moins été le révélateur de carences communicationnelles. C'est en particulier le cas entre DRH et DSSI. L'alerte financière en matière de gestion « RH » lancée par notre direction mi-Avril 2018, a été l'occasion de réinterroger les liens entre ces deux directions. Un travail commun et étroit s'avère désormais indispensable. La situation financière actuelle nécessite une veille budgétaire rapprochée et une redéfinition de la politique interne en matière de recours au personnel vacataire, à l'intérim ou en matière de recrutement. Cela questionne également nos pratiques de mise en adéquation entre les besoins de prise en soins et les effectifs soignants. Par effet de halo, cela réinterroge la polyvalence et la mobilité des personnels. Revenant à notre projet, nous pouvons également ajouter à cette réflexion la question des compétences des cadres de santé et l'utilisation de leur temps de travail. A terme, nous pourrions notamment nous poser la question de la pertinence de les voir conserver leurs activités de « contrôleurs » de plannings.

Tous ces questionnements sont l'occasion pour moi de réinterroger ma place au sein de notre organisation et de me positionner vis-à-vis de ma direction, dans le cadre du développement de cette collaboration, nécessaire, entre DRH et DSSI. Forte de mes expériences transversales et des liens tissés au sein de notre établissement, mais aussi de mes deux années de formation universitaire, je pense être désormais à même de pouvoir assurer le lien entre ces deux directions. J'apporterai une vision « terrain » à la DRH, dont elle se trouve éloignée du fait de ses fonctions dites « transversales ». Ce serai également la garantie pour la DSSI de préserver les prérogatives « RH » la concernant en son sein. Et à titre personnel, une reconnaissance de mon individualité.

²⁰⁵ HATZFELD H., Au nom de quoi ? Les revendications de légitimité, expressions de mutations sociales et politiques, Vie Sociale, 2014/4, n°8, p.25-36, page 35.

²⁰⁶ BRUNIER-COJEAN A., L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken : éditions universitaires européennes, 2016, 116 pages, p.29.

²⁰⁷ Ibid. Page 40.

A RETENIR

- La légitimité, intimement liée au concept de reconnaissance, permet la construction identitaire sociale de l'individu.
- La légitimité n'est pas qu'une question hiérarchique. Elle se construit avant tout sur le terrain.
- Plus qu'une question de légitimité, la problématique initiale se rapporte avant tout au concept d'individuation.
- Ainsi, le projet SIRH est aussi une occasion de valorisation de cette individuation.

4. CONCLUSION

Bien plus qu'un simple outil numérique, le SIRH doit être pensé comme un outil managérial stratégique car situé au cœur de l'entreprise. Il impacte l'ensemble des acteurs et remet en cause la configuration organisationnelle préexistante.

Le SIRH dynamise nos processus, par la mise en place de circuits de validation en mode « workflow ». Il constitue également une précieuse source d'information. Il rationalise et harmonise les pratiques, majorant les sources de contrôle institutionnelles et managériales.

C'est un outil qui se veut collaboratif et au service aussi bien du collectif que de l'individuel. Il favorise « l'empowerment » des acteurs, augmentant leur part d'autonomisation et de responsabilisation.

Mais le changement de pratiques apporté par le SIRH est également une opportunité pour les cadres d'accroître et faire évoluer leurs compétences. « Desempêchés » dans leur temps de travail, ils pourront se consacrer à la mise en place d'une GPEC basée sur le « faire » et servir le développement de la QVT. Je souhaite les positionner en relais privilégiés des équipes dans le chemin qu'a entrepris notre fondation vers une organisation du travail apprenante et plus humaniste.

C'est le visage que revêt ce projet à mesure de son avancement.

C'est la voie que je désire défendre en tant que pilote de projet.

Pour cela, je poursuivrai l'élan débuté par la mise en place de notre DPI, en accompagnant les équipes dans ce changement de représentations vis-à-vis des technologies de l'information et de la communication.

Enfin, ce projet constitue également une opportunité d'évolution d'un point de vue personnel. En effet, la rationalisation des processus « RH » a également souligné l'importance de la collaboration entre DRH et DSSI. Ce constat est l'occasion pour moi de mettre en avant et de valoriser mon rôle de « middle manager » au sein de notre DSSI. Il me permet de me conforter dans ma légitimité, ainsi que d'asseoir mon positionnement professionnel, au service d'une organisation apprenante en devenir.

BIBLIOGRAPHIE

▪ Livres :

AUTISSIER D., VANDANGEON DERUMEZ I., VAZ A., Conduite du changement : concepts clés, 2ème édition, éditions Dunod, Paris, 2014, 251 pages.

BIGI M., COUSIN O., MEDA D., SIBAUD L., WIEVIORKA M., Travailler au XXIème siècle. Des salariés en quête de reconnaissance, Paris : Robert LAFFONT, 2015, 315 pages.

BOURGEON D., SIMON O., BURGAUD V., BERNARDEAU N., PERCHER, CALVET K. « et al ». Le Planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir. Paris : Lamarre, 2013, 243 pages.

BOUTINET, Jean-Pierre. Que sais-je ? Psychologie des conduites à projet. Paris : Puf, 2014, 127 pages.

BRUNIER-COJEAN A., L'organisation apprenante : vers une entreprise plus humaniste, Saarbrücken, Editions Universitaires Européennes, 2016, 116 pages.

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Paris, Editions du seuil, 1977, 2014, 432 pages.

JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L., Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Grenoble, PUG, 2014, 317 pages.

JOUVET G., Parcours et légitimité des cadres du social, Paris, L'Harmattan, 2009, 141 pages.

MARSAN C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, Paris, De Boeck, 2008, 2015, 290 pages.

MINTZBERG, Henry. Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre. Paris : Eyrolles, 2006, p.63-64, p.94-110, p.145-148, p. 159-161, p.166-171, p.183, p.191-196.

MONCHATRE S., WOEHL B., Temps de travail et travail du temps, Paris, Publications de la Sorbonne, 2014, 250 pages.

STORHAYE, Patrick. Le SIRH : Enjeux, facteurs de succès, perspectives. Paris : Dunod, 2013, 249 pages.

▪ Articles :

AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., Pas de changement sans adhésion des managers, L'Expansion Management Review, 2007/3 N° 126, p. 116-129.

BOUQUET B., La complexité de la légitimité, Vie Sociale 2014/4 (n°8), p. 13-23

BRUNELLE Y., Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, Pratiques et Organisation des Soins 2009/1 (Vol.40), p.39-48.

DETCHESSAHAR M., Santé au travail : quand le management n'est pas le problème, mais la solution, Revue française de gestion, Lavoisier, 2011/5 n°214, p.89-105.

ESTRYN-BEHAR M., « Santé, Satisfaction au travail et abandon du métier soignant », Etude PRESST-NEXT, partie 1, Janvier 2004.

GUEGUEN H., Reconnaissance et légitimité. Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance, Vie Sociale 2014/4 (n°8), p. 67-82.

HATZFELD H., Au nom de quoi ? Les revendications de légitimité, expressions de mutations sociales et politiques, Vie Sociale 2014/4 (n°8), p. 25-36.

LATEURTRE-ZINOON M., L'expérience et les compétences peuvent-ils se transmettre?, Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, 07/2012, Paris, France, 11 pages.

- **Rapports et publications :**

Bilan Projet Régional de Santé Ile de France 2013-2017 : Synthèse transversale, ARS Ile de France, 100 pages.

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France (DRJSCS), chiffres-clés 2015, 2ème trimestre 2016, 69 pages.

DUMOND J.P., Des concepts à l'action en GRH dans l'organisation de santé, Master Management et Santé, Août 2016, 132 pages

DUMOND J.P., Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière, Master Management et Santé, Août 2016, 139 pages

Le Projet Régional de Santé 2013-2017, ARS Ile de France, brochure 16 pages.

Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional, INSEE analyses Ile de France, N°70, Octobre 2017, 4 pages.

- **Textes législatifs :**

Convention Collective Nationale des Etablissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (Convention FEHAP 51).

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Loi n° 82-915 du 28 octobre 1982 relative au développement des institutions représentatives du personnel. Loi dite loi Auroux.

- **Documents institutionnels :**

Projet institutionnel 2017-2021. Fondation A. de Rothschild. Paris : 2016, 211p.

Rapport d'activité et de gestion 2016. Fondation A. de Rothschild. Paris : 2017, 72p.

« Urgences AVC et AIT », Flyer informatif, Fondation A. de Rothschild, Octobre 2016.

- **Cours :**

DUMOND J.P., Cours de Gestion des Ressources Humaines, Master 1 MOS, 2016-2017.

FARNAULT P., « Do it yourself generation », Management intergénérationnel. Manager les moins de trente ans, ECUE 5.5 Analyse et développement des pratiques d'encadrement, Master 1 MOS 2016-2017, 21/03/2017.

MARCHAND X., Cours de Management des Ressources Humaines, Master 2 MOS, 2017-2018

ZACHARIE C., Cours de Droit du Travail, Master 1 Management des Organisations Soignantes (MOS), 2016-2017

- Pages et sites internet :

Alternatives économiques
www.alternatives-economiques.fr

Archive ouverte HAL
<https://hal.archives-ouvertes.fr/>

ARS Ile de France
www.iledefrance.ars.sante.fr

CAIRN
<https://www.cairn.info/>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
www.cnrtl.fr

Commission nationale de l'informatique et des libertés
www.cnil.fr

Dictionnaire Juridique de Serge BRAUDO
www.dictionnaire-juridique.com

Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs
www.fehap.fr

Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild
www.fo-rothschild.fr

La documentation française
www.ladocumentationfrancaise.fr

Larousse
www.larousse.fr

L'Entreprise l'Express
<https://lentreprise.lexpress.fr>

Le Figaro
www.lefigaro.fr

Le Monde
www.lemonde.fr

Les Echos
www.lesechos.fr

Légifrance
www.legifrance.gouv.fr

Libération
www.liberation.fr

Ministère des Solidarités et de la Santé
<http://solidarites-sante.gouv.fr>

Ministère du Travail
<http://travail-emploi.gouv.fr/>

Observatoire des Inégalités
www.inegalites.fr

Observatoire Régional de Santé Ile de France
www.ors-idf.org

Paris Hospital Foundations
<http://p4515.phpnet.org/PHF/>

Région Ile de France
www.iledefrance.fr

Universalis
www.universalis.fr

Whoog
<http://whoog.com/>

TABLE DES ANNEXES



ANNEXE	NOM
1	Ordre de mission
2	Note de cadrage de projet
3	Cahier des charges
4	Grille d'analyse des réponses à l'appel d'offre – lot 1 (GTA)
5	Grille d'analyse technique et financière des dossiers de candidature
6	Grille d'analyse : comptes rendus de réunion cadres 2016 & 2017
7	Grilles d'analyse : entretiens individuels
8	Feuille de demande de congés annuels
9	Feuille de demande de paiement d'heures supplémentaires
10	Feuille de demande d'échange
11	Exemple de planning existant

Annexe 1 : Ordre de mission « Projet SIRH »



 <p>Fondation Centre de Recherche Adolphe de Rothschild</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC FACULTÉ DE MÉDECINE ESM</p>
Année universitaire 2017-2018		Page 1 sur 1

Désignation du projet	Déploiement d'un module de Gestion des Temps et des Activités (GTA), dans le cadre de la mise en place d'un système d'information de gestion des ressources humaines (SIRH)
Commanditaire	M. Alexandre LECUYER, Directeur des Ressources Humaines
Nom du responsable du projet	Mme Sofia DA SILVA MENDES, Chef de Projet, Direction des Soins
Missions du responsable de projet	<p>Pilotage du déploiement d'un progiciel de gestion du temps et des activités (GTA), en lien avec le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Systèmes d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection du logiciel; - Etat des lieux des pratiques en matière de gestion des plannings et recensement des horaires collectifs; - Redéfinition des processus de demande/validation/intégration des congés ; - Paramétrage de l'appliquatif dont le portail de communication RH; - Communication/formation avant mise en production ; - Mise en production au 01/05/2018; - Suivi et réajustements éventuels après mise en production.
Moyens alloués	Comité de Pilotage Pluridisciplinaire
Modalités de reporting	<p>CR réunions</p> <p>Suivi du calendrier du projet</p>
Durée	1 an
Documents de référence	Projet institutionnel, Schéma Directeur des Systèmes d'Information pour 2017-2021, Cahier des charges
Date : 20/10/2017	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet

Annexe 2 : Note de cadrage « Projet SIRH »

 Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild	Note de cadrage « Projet Managérial » M2MOS@17-18	
		Page 1 sur 2

NOTE de CADRAGE (au 23 Octobre 2017)	
Service : Direction des Soins Nom : DA SILVA MENDES Sofia Fonction : Cadre Chef de Projet	
Projet	Déploiement d'un logiciel de gestion des temps d'activité (GTA), dans le cadre de la mise en place d'un Système d'Information en Ressources Humaines (SIRH)
Responsable(s) du projet	M. G. LE HENANFF, Directeur Général Adjoint M. A. LECUYER, Directeur des Ressources Humaines M. P. ROUILHAC, Directeur des Systèmes d'Information Mme S. DA SILVA MENDES, Chef de Projet, Direction des Soins
Animation du projet	M. A. LECUYER, Directeur des Ressources Humaines M. P. ROUILHAC, Directeur des Systèmes d'Information Mme S. DA SILVA MENDES, Chef de Projet, Direction des Soins
Comité de pilotage	M. G. LE HENANFF (Directeur Général Adjoint Ressources), M. A. LECUYER (Directeur des Ressources Humaines), M. P. ROUILHAC (Directeur des Systèmes d'Information), Mme S. DA SILVA MENDES, (Chef de Projet, Direction des Soins), Mme P. MEYNIEL (Assistante, Direction des Soins), Mme D. MARCOMBES (Secrétaire CHSCT), M. R. MEHREZ (Contrôleur de Gestion), M. P. CAZIN (Gestionnaire de Paie), M. T. TILIGNAC (Chargé de missions, Direction Clientèle), Mme L. BOURSOT (IDE Médecine du travail), Mme A.S. VIAUD (Chef de projet Informatique),
Origine du projet et liens avec actions & projets en cours	Projet ayant déjà été amorcé partiellement il y a plusieurs années, avec absence de finalisation essentiellement due à un mauvais choix de logiciel. Schéma directeur des systèmes d'information, intégré à notre projet institutionnel 2017-2021. En lien également avec l'actuelle dynamique d'informatisation impulsée par la direction de l'établissement (dossier patient informatisé, gestion des lits, gestion des transports internes à venir).
Périmètre du projet et population concernée	Module de gestion des temps d'activité (GTA), module d'administration du personnel, paie, pilotage de la fonction RH et de la masse salariale, Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC), Formation, Qualité de Vie au Travail (QVT).
Objectif primaire	Fluidification des processus de GTA et de la paie. Harmonisation des pratiques en termes de gestion des plannings, des absences programmées ou imprévues et d'éléments variables de paie.
Objectif secondaire	Contrôle de la masse salariale, par le développement d'un pilotage des dépenses RH et d'un dialogue de gestion sociale.

 <p>Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild</p>	<p>Note de cadrage « Projet Managérial »</p> <p>M2MOS@17-18</p>	 <p>Page 2 sur 2</p>
--	---	--

Contraintes	<p>Solution devant s'intégrer au système d'information préexistant (interfaces). Solution devant répondre aux différents aspects réglementaires en matière de gestion des temps de travail (Convention CCN 51, Convention Croix Rouge et Fédération Hospitalière Privée). Solution devant (de préférence) être compatible avec les badgeuses physiques et les terminaux de contrôle d'accès préexistants. Contraintes financières, au regard du budget prévisionnel d'investissement initialement alloué au projet.</p>
Ressources documentaires	<p>Cahier des charges. Règlement de consultation. Projet institutionnel, incluant le schéma directeur des systèmes d'information. Rapport d'activité et de Gestion 2016. Convention CCN 51.</p>
Méthodologie	<p>Appel d'offre en Août 17, pour une réponse avant le 16 Septembre 17. Ouverture des réponses et pré-analyse en comité restreint. Présentation et prise de décision en réunion de Comité de Pilotage le 10/10. Réponse aux candidats le 3/11. Première réunion de cadrage début Décembre.</p>
Calendrier	<p>GTA le 1^{er} Mai 2018 Paie le 1^{er} Janvier 2019</p>
Résultats attendus	<p>Uniformisation des pratiques en matière d'établissement des plannings. Optimisation du temps de travail des managers (échanges dynamiques avec le logiciel de paie, évitant les double saisies). Processus de validation en mode « Workflow ». Responsabilisation des acteurs par la mise en place d'un portail dédié aux salariés. Adhésion à l'outil et à la nouvelle organisation. Outil techniquement fonctionnel, fiable et ergonomique.</p>
Modalités d'évaluation et de suivi (indicateurs)	<p>Taux de satisfaction utilisateurs cadres. Taux de satisfaction salariés. Nombre d'utilisateurs du portail salariés. Nombre de processus validés en mode « Workflow ». Nombre d'évènements indésirables (EI) déclarés en lien avec le SIRH.</p>



Fondation Ophtalmologique
Adolphe de Rothschild

Cahier des charges – consultation pour la mise en place d’une solution S I RH

1. CONTEXTE

1.1. Présentation des activités

La Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild a été créée en 1905 par donation de la famille du Baron Adolphe de Rothschild.

Le Baron Benjamin de Rothschild préside aujourd’hui son Conseil d’Administration.

Initialement dédiée à l’ophtalmologie, elle a adopté depuis une stratégie dédiée aux pathologies de la tête et du cou (neurochirurgie adulte et enfant, NRI, neurologie, ORL, ophtalmologie).

L’établissement a satisfait à la visite de certification, V2010, par la Haute Autorité de Santé.

Un Schéma Directeur des Systèmes d’Information pour la période 2017-2021 a été défini. Il fixe les priorités de développement du SI pour les 5 prochaines années, en cohérence avec le Projet d’Etablissement.

L’établissement est doté de sa propre DSI.

L’établissement souhaite moderniser et optimiser son Système d’Information des Ressources Humaines sur le périmètre :

- gestion des temps,
- gestion administrative du personnel,
- gestion de la paie,
- pilotage de la fonction RH et de la masse salariale,
- gestion prévisionnelle des emplois et carrières,
- gestion de la formation,
- Qualité de Vie au Travail,

C’est dans ce contexte que l’établissement lance son projet de recherche d’une nouvelle solution SIRH.

1.2. Système d’information existant

1.2.1. Infrastructure technique et parcs informatiques

Le parc matériel est composé de près de 250 serveurs et d'environ 950 postes de travail, d'un parc de 400 imprimantes et multifonctions.

1.2.2. Applications existantes

Parmi les applications existantes, l'environnement SAGE est interfacé semi-automatiquement avec le système SIRH en place, à savoir JUNON.

1.2.3. Les applications de gestion des ressources humaines en place

L'établissement dispose des outils suivants :

- L'application Protime ancienne version (comprenant le module de planning Proplan) de la société PROTIME pour la gestion des temps, Cette version, installée en 2002, n'est plus utilisée que pour la traçabilité des présences et pointages. Elle est alimentée via Cpsure.
- L'application Protime nouvelle version de la société PROTIME pour la gestion des accès, Cette version, installée en 2016, a été rendue nécessaire par la politique de sécurisation des locaux de l'établissement et en particulier la mise en place de 49 points de contrôle d'accès par badge. Elle est alimentée via Cpsure.
- L'application Junon/Paieteam de la société Cognitic, pour la gestion des données administratives du personnel et la paie, Aucune interface n'existe avec d'autres logiciels.
- L'application Medikey pour le service de santé au travail, Aucune interface n'existe avec d'autres logiciels.
- L'application Moneywin de JES pour le suivi des comptes de restauration du personnel,
- L'application Whoog pour la gestion des remplacements par heures supplémentaires ou vacataires,

1.2.4. Interfaces

L'application CPSURE

Il s'agit d'une interface de gestion de la base de données des salariés destinées à approvisionner l'annuaire intranet, les comptes active Directory et certains logiciels métiers. La création des nouveaux salariés dans Cpsure est réalisée via le processus Pythéas.

2. LA CONSULTATION

2.1. Objet de la consultation

2.1.1. Périmètre du projet

La Fondation Adolphe de Rothschild réalise environ 1.300 paies par mois.

Elle relève de la Convention Collective Convention Nationale des Etablissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (FEHAP) pour le personnel non –médical et d'un règlementaire interne ou de référentiels de la fonction publique pour le personnel médical non soumis à la convention collective.

2 salariés relèvent de la convention collective croix rouge et la DRH de la Fondation assure la gestion du personnel des 8 salariés de la filiale ILV de la Fondation relevant de la convention collective FHP.

Enfin de nombreux accord d'entreprise ont été conclus récemment (intéressement, prime d'assiduité, ...).

La présente consultation est décomposée en 2 lots :

LOT 1 : Module de gestion des temps

LOT 2 : Module d'administration du personnel, paie, pilotage fonction RH et masse salariale, Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC), Formation, QVT.

Les candidats pourront répondre à tout ou partie des lots avec un ou plusieurs modules qui seront à préciser dans l'offre.

L'établissement portera une attention particulière à la cohérence globale des offres et à la qualité de l'intégration.

Les offres doivent inclure pour chaque lot :

- L'acquisition de la solution :
 - o La fourniture des licences,
 - o les prestations de maintenance,
 - Les prestations de mise en place :
 - o Prestations d'installation, de paramétrage,
 - o Prestations de formation des utilisateurs, de transferts de compétences pour l'administration,
 - o Les prestations d'intégration dans le SIH (reprises de données et interfaces avec les applications tierces),
 - o Les prestations de conduite de projet.
- Chaque lot doit faire l'objet d'un chiffrage distinct permettant d'identifier les coûts de chacun.

Il est privilégié pour les solutions retenues un hébergement à l'extérieur de la Fondation.

Le planning prévisionnel de déploiement des différents modules est envisagé comme suit :

- Module Gestion des Temps – Mise en production 01/01/2018
- Modules Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC), Formation, gestion de la santé au travail, productions d'indicateurs et prévisions budgétaires – Mise en production courant 2018
- Module administration du personnel, paie, – Mise en production au 01/01/2019

La DRH comprend 10 agents, tous les modules devront également être accessibles aux cadres de proximité (environ 100) et certains d'entre eux à l'ensemble du personnel (environ 1.000).

2.1.2. Prestations et livrables objet de l'appel d'offres

Le projet couvre la fourniture des licences et des prestations suivantes :

- La fourniture des licences applicatives de la solution logicielle,
- L'installation des applications sur les serveurs et postes de travail,
- La fourniture de la maintenance applicative et du support utilisateurs,
- La fourniture des interfaces et prestations d'intégration dans le SIH,
- Les prestations de reprises de données,
- La prestation d'analyse des besoins, d'accompagnement à la mise en œuvre et au paramétrage, de conduite de projet,
- La formation (transfert de compétences techniques, formation référents, formation utilisateurs),
- La fourniture de la documentation (technique, de paramétrage, manuels utilisateurs).

La consultation ne couvre pas la fourniture de matériel et licences relatives aux systèmes d'exploitation ou SGBDR.

Toutefois, le prestataire devra indiquer ses pré requis techniques pour tous les matériels et licences nécessaires (serveurs, postes clients, autres matériels éventuels...), licences Systèmes d'Exploitation, licences SGBDR, licences applications bureautiques.

2.2. Réponses attendues

Les exigences relatives à la solution sont regroupées en 6 thèmes qui sont présentés dans la suite du présent document avec leurs commentaires :

- Les contraintes règlementaires,
- Les contraintes techniques,
- La couverture fonctionnelle globale et les besoins fonctionnels détaillés par lot dont la réponse est attendue sur le fichier « grille d'analyse RH »,
- L'intégration dans le SI existant (reprises de données, interfaces) par lot,
- Les prestations, dont les prestations de hotline,
- La fourniture de références clients et de contacts pour lesquels vous avez réalisé des prestations similaires,
- La proposition financière pour chaque lot en détaillant les coûts

Seront joints tous documents annexes jugés utiles ou demandés pour apporter les compléments d'informations nécessaires.

3. CONTRAINTES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES RELATIVES AUX ACTIVITES

3.1. Confidentialité des données nominatives

La solution permettra de respecter les dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée sur le traitement automatisé d'informations nominatives et notamment les recommandations relatives à la gestion des accès et des habilitations sur les données.

Le prestataire fournira les éléments de base nécessaires à la production de la déclaration CNIL par l'établissement.

3.2. Contraintes règlementaires relatives au secteur d'activité

La solution sera adaptée à la réglementation :

- du secteur des établissements ESPIC,
- aux particularités de la gestion des salariés du secteur de la santé,
- et aux textes règlementaires applicables :
 - o Droit du Travail,
 - o Convention Collective FEHAP 1951
 - o Accords d'entreprise ou réglementaire interne de la Fondation.

Il devra permettre de gérer le cas des 2 salariés relevant historiquement de la convention collective croix rouge et de 8 salariés de la filiale ILV de la Fondation relevant de la convention collective FHP.

Les solutions proposées permettront de produire les données, fichiers et états dans les formats exigés par la réglementation et les organismes sociaux (Urssaf, caisses de retraites, organismes de couverture santé et prévoyance).

4. CONTRAINTES TECHNIQUES

4.1. Contraintes en termes de sécurité

L'outil doit répondre aux impératifs de sécurité, confidentialité nécessaires dans le cadre d'un établissement de santé.

Les règles imposées pour l'authentification dans la politique de la DSI de la Fondation sont :

- Une authentification nominative
- Avec possibilité de changement de mot de passe par l'utilisateur
- Stratégie de renouvellement de mot de passe intégrée
- Ou par interrogation de l'annuaire interne LDAP
- Compatibilité avec des solutions SSO.

On devra pouvoir gérer des droits différenciés selon des profils types permettant de filtrer les droits sur les données et/ou les fonctions.

4.2. Architecture technique

Il est souhaité pour l'ensemble des solutions retenues, qu'elles soient hébergées en externe :

- Environnement de haute disponibilité (serveurs et liaisons internet)
 - Accessibilité via un navigateur internet (Microsoft IE 8 minimum ou Chrome) sans utilisation de JAVA idéalement
 - Sauvegarde quotidienne des données
 - mises à jour à réaliser par le prestataire après validation par la FOR pour les mises à jour majeures
- Le prestataire fournira le détail de son architecture technique relativement aux matériels, bases de données, architecture serveur, gestion des échanges informatisés, ...

4.3. Maintien en condition opérationnelle

Il sera précisé dans l'offre les modalités et conditions de réalisation des procédures d'administration courantes, sauvegardes et des mises à jour applicatives.

Seront détaillées notamment les procédures mises en œuvre lors :

- Des opérations de sauvegarde (celles-ci devront être documentées),
- Des opérations périodiques d'administration du système (archivage, opérations de contrôle...) qui ne doivent pas nécessiter l'arrêt d'exploitation,
- Des mises à jour applicatives (environnement de test en parallèle de l'environnement d'exploitation, conditions de diffusion...).

4.4. Exigences sur l'ergonomie et la prise en main

La réponse apportera des éléments pour apprécier :

- L'ergonomie générale du produit,
- L'efficacité de prise en main : délai, difficultés d'utilisation du produit,
- L'aspect intuitif du produit : facilité de mémorisation, aides et assistances incluses dans le produit notamment pour les utilisateurs occasionnels

Ces points sont importants pour les utilisateurs responsables de services et salariés (via le portail).

5. LOT 1 – GESTION DES TEMPS

5.1.1. Données de base

Les données de base pour la gestion de la planification des temps seront explicitées dans la réponse :

- Niveaux de découpage de la structure établissement, (4 niveaux de découpage attendus minimum : UF, lieu géographique, responsabilité, catégorie professionnelle)
- Données d'identification des salariés,
- Possibilités d'affectations des salariés

5.1.2. Planification et suivi des temps

La solution proposée doit permettre de gérer :

- **Paramétrage de plusieurs règlementaires :**

Des pré-paramétrages sur la base de la convention collective FEHAP 1951 seront intégrés. L'éditeur précisera les conditions de maintenance et de livraisons des MAJ en fonction des évolutions règlementaires.

- Des populations de personnels distinctes : médecins, personnels soignants cadres et non cadres, administratifs cadres et non cadres,
- Des populations avec des décomptes de temps de travail différents : en heures et en prises de poste annualisées,
- Des personnels en contrats à durée indéterminée ou à durée déterminée,
- Des personnels avec affectations fixes ou multi-affectations aux services,

- **Gestion de personnels externes :**

- Intérimaires, stagiaires, personnels mis à disposition par d'autres établissements ;

- **Automatisation des roulements à partir du cycle de travail :**

- La construction de cycles ou roulements sur la base d'horaires types,
- L'anticipation des calculs de temps de travail et compteurs sur la période d'annualisation (du 01/05/N au 30/04/N+1),

La solution sera à même de gérer dans la planification les cas suivants :

- Le travail de nuit, les jours fériés et les dimanches,
- Les repos
- Les astreintes,
- Les gardes médicales.

- **Visualisation à l'écran du cycle, du planning prévisionnel et du planning réel :**

Les cadres responsables de services auront accès aux plannings pour gérer :

- La saisie des évènements,
- La gestion des demandes de remplacements,
- La visualisation des compteurs.

La saisie pourra être faite :

- sur plusieurs jours simultanément pour un même salarié
- en saisie collective : par service, par secteur, salariés...
- o visualisation des codes horaires / des détails horaires/ visualisation d'un seul type d'évènements (exemple : les absences)

o Affichage possible du comparatif : cycle de base, planning prévisionnel, planning réalisé.

Des états de plannings hebdomadaires, mensuels, annuels seront éditables.

Des états de restitution des compteurs pourront être produits (compteurs de temps, d'absences, de récupérations, etc...) par salarié, secteur, service, ...

Un état mensuel individuel du planning sera éditable pour être remis aux salariés.

Des exports de données pourront être effectués.

- **Recalcul automatique suite à l'intégration de modifications :**

Gestion des évènements affectant le planning théorique :

- o Absences de différents types : congés, maladie, RTT, formation, absences pour évènements familiaux,...
- o Remplacements,
- o Affectations à des services multiples dans le même mois.

- **Décompte des effectifs présents :**

L'outil proposera une vérification interactive des besoins par jour et horaire (mis à jour en fonction des modifications apportées au planning) pour évaluer l'adéquation des effectifs au besoin (nombre de personnels prévus par jour et par emploi).

Les visualisations de plannings permettront :

- Visualisation des plannings avec différents filtres et tris,
- Affichage de compteurs en regard des plannings,
- Possibilité de filtres et d'affichages sous différentes vues :

- **Décompte de pointages :**

L'outil permettra de prendre en compte plus de 2 pointages par jour si nécessaire et de faire le calcul du temps de travail correspondant au regard de la norme de travail quotidienne et des soustractions (temps de pause) à réaliser.

- **Diffusion des besoins de ressources de suppléance :**

Pour faciliter la gestion des remplacements, le logiciel doit être interfaçable avec la solution Whoog pour identifier les salariés non prévus à la date de remplacement souhaitées qui sont alors destinataire de la proposition adressée.

Dans l'idéal, la validation d'une mission via l'interface Whoog sera répercutée pour la prise en compte des heures réalisées via le logiciel de gestion des temps.

- **Contrôles automatiques et alertes en matière de temps de travail :**

Des alertes et des contrôles en temps réel permettront une remontée des anomalies aux utilisateurs sur :

- Des règles légales non respectées (temps de travail, repos...)
- Des anomalies de compteurs
- Des absences injustifiées
- Des retards à la prise de poste ou des départs anticipés

- **Gestion de processus guidés :**

Le logiciel permettra de mettre en place des processus partagés et visibles de gestion de l'information entre salariés, cadre de proximité et DRH, par exemple :

- processus de validation de réalisation d'heures supplémentaires ;
- processus de justification d'absences subies (maladie, enfants malade, événements exceptionnels, ...)
- processus de validation de demande d'absences programmées (congés payés, RTT, récupération de jour férié travaillé, ...).

- **Tableau de bord du salarié via portail d'accès**

Un portail d'accès salariés permettra de donner des accès individuels via un module dédié. Le portail permettra de gérer la mise à disposition :

- D'un accès en visualisation de leur planning,
- D'une fonctionnalité pour faire des demandes de congés, d'absences, ...
- D'un accès pour télécharger le planning ou les états de compteurs individuels.

- **Gestion des accès :**

Le logiciel permettra de gérer :

- 36 points de contrôle d'accès à ce jour via des accès discriminants par groupes de personnel ;
- La traçabilité immédiate et conservées de ces passages ;

- **Compatibilité matériel**

Le logiciel devra idéalement être compatible avec les terminaux de lecture de badge de proximité déjà installés :

DEISTER ELECTRONIC pour la gestion des accès (47 terminaux à ce jour) ;

PROTIME pour le suivi des présences (3 terminaux à ce jour).

- **Intégration dans le SI**

Reprises de données :

Pour le module Gestion des Temps il sera précisé les possibilités de reprises de données :

-Données de structure : Etablissement, Unités Fonctionnelles, Services, ...

-Salariés : fiche d'identité, poste,

-Valeurs des Compteurs au démarrage : CP, RTT

Interfaces logicielles :

Les interfaces à mettre en œuvre seront :

-Interfaces « salariés » : sens de l'interface entre le module « Gestion des Temps » et le module « ADP –Paie » pour la création/mise à jour/sortie des salariés sera à définir en fonction de l'adéquation aux besoins.

-Interfaces des Eléments Variables de Paie et absences vers la solution de paie.

Pour chaque interface, le candidat précisera :

-Le format de fichier,

-Les données échangeables,

-Les modalités d'échange (fréquence, interface en réception ou envoi, ...)

-Les éditeurs tiers avec lesquels il a déjà des interfaces en place (éditeur, solution, références de sites).

6. LOT 2 – ADMINISTRATION DU PERSONNEL, PAIE, PILOTAGE FONCTION RH ET MASSE SALARIALE, GPEC, FORMATION, QVT

6.1. Descriptif fonctionnel des besoins Administration du personnel

- **Données de base :**

Les données générales relatives au cadre règlementaire et conventionnel doivent être intégrées de base dans l'outil et notamment :

-Les référentiels métiers,

-Les référentiels de classification conventionnelle,

-Le barème de coefficients de référence pour les rémunérations,

-Le barème de la prime d'ancienneté et de la prime de technicité.

- **Dématérialisation du dossier salarié et des contrats de travail :**

Le découpage de la structure établissement doit comporter au moins 4 niveaux : UF, lieu géographique, responsabilité, catégorie professionnelle.

Dossier salarié :

Les données salariés à gérer sont a minima :

Etat civil et coordonnées salariés,

Contrat : dates du contrat, type, Temps de travail, quotité de travail, salaire,...

Affectation : poste, qualification, classification conventionnelle,

Des données spécifiques à certaines catégories de salariés : code RPPS pour les médecins, suivi avec alertes pour les travailleurs handicapés, ...

Titres de séjour et autorisation de travail avec alertes sur les dates de fin de validité,
Situation familiale, nombre d'enfants (suivi des journées enfants malades),
Diplômes, suivi des habilitations et formations obligatoires (exemples : CACES, permis ambulance, habilitations électriques, FGSU...), permis de conduire,
Remboursement transport : PASS NAVIGO,...
Contrats sociaux : suivi de l'adhésion mutuelle, prévoyance...,
Des données libres.

Contrat de travail :

Le suivi des étapes de production de contrats permet de savoir à tout moment quels sont les contrats faits, à faire ou annulés.

La solution sera en mesure de générer les promesses d'embauche, contrats de travail y compris successifs dans le mois et de générer plusieurs bulletins correspondants à chacun de ces contrats;

On pourra intégrer une photo, des documents scannés (CNI, Permis de conduire, Diplômes, ...).

La gestion et le suivi des données administratives et réglementaires relatives à l'emploi et à la carrière seront intégrés :

Les évolutions de situation pourront être saisies et historisées dans l'outil notamment :

- Changements de temps de travail,
- Changements de situation, promotion, mobilité interne,
- Changement de rémunération.

- Divers documents ou attestations avec récupération automatique des champs individuels, existence de champs libres et possibilité de modifier les paramétrages : certificats de travail, soldes de tout compte, ...

La réponse précisera comment sont stockés les documents produits.

La DPAE pourra être produite en mode EDI.

- **Calcul automatique des évolutions de carrière basées sur l'ancienneté :**

En fonctions des grilles de salaire convention collective FEHAP ou réglementaires spécifiques à la Fondation (médecins).

- **Production et envoi de déclarations réglementaires et attestations diverses :**

Un module de production documentaire est intégré : la réponse précisera si c'est un module type « traitement de texte intégré » ou « une intégration avec la suite Microsoft Office ». On peut produire tous documents, courriers et attestations nécessaires sur la base de modèles paramétrables :

- **Portail de consultation :**

Un portail d'accès salariés permettra de donner un accès individuel via un module dédié à son propre dossier afin de :

- visualiser/modifier ses données personnelles ;
- transmettre de façon dématérialisée des justificatifs (naissance, décès, ...) ou documents supplémentaires (RIB, diplômes, ...);
- formuler des demandes de documents.

6.2. Descriptif fonctionnel des besoins Paie

- **Données de base :**

Le découpage de la structure établissement doit comporter au moins 4 niveaux : UF, lieu géographique, responsabilité, catégorie professionnelle.

Les données éléments variables (primes de nuit de dimanche, de travail les jours fériés, d'astreinte et de déplacement sur astreinte, ...) et absences seront générées par le module « Gestion des Temps » et importés en paie.

Des imports et des préparations de paie pourront être réalisés sur des périodes distinctes par type de populations définies.

Des données complémentaires pourront être saisies :

- Des absences non gérées sur le planning (Mi temps thérapeutique, ...)
- Des absences médecins,
- Des primes,
- La prise en charge des frais de transport,
- Des remboursements des frais annexes liés à de la formation
- ...

- **Contrôles de paie permettant d'identifier des incohérences de montants**

Des états de contrôle seront éditables pour vérification des données : Eléments variables, Absences, Prises de congés, primes, ... et permettant de vérifier la cohérence des montants :

- entre 2 paies individuelles successives.
- en masse entre 2 mois successifs.

- **Possibilité de lancer des simulations de paie à la demande :**

La solution sera en mesure de gérer les cas suivants :

- La production de paie au nombre d'heures réelles pour les vacataires,
- la production de plusieurs bulletins ou d'un seul bulletin dans le mois pour un salarié ayant plusieurs contrats successifs dans le mois,
- la production de paie intégrant une évolution au cours d'un mois donné (augmentation de salaire, modification du temps de travail, ...)
- La production de paie pour un salarié du secteur public détaché à la Fondation (calcul de cotisations différent)
- Le calcul automatique des indemnités de licenciements légales et de départ à la retraite conventionnelles.

Une fonction permet de simuler le calcul de bulletins et de refaire le calcul autant de fois que nécessaire.

Une fonctionnalité de clôture permet de valider les paies du mois. Cette fonctionnalité doit permettre des clôtures différenciées selon les dates de préparation de paie : actuellement 2 préparations de paie : 1^{er} lot : salariés mensualisés (CDIs et CDDs), 2^{ème} lot : salariés vacataires payés à l'horaire réel.

- **Règlements de salaires :**

La solution sera à même de générer un état des règlements de salaires par type de paiement. Le mode paiement est virement sauf exceptions.

Les données de RIB seront renseignées dans les fiches des salariés.

Un fichier de virements au format xml sera généré pour transfert vers la banque.

La solution permettra de gérer les règlements d'acomptes en cours de mois avec :

- Gestion d'alertes sur les acomptes déjà réglés pour la même période,
- Génération du virement,
- Mise à jour en paie.

Reprise éventuelle automatique de l'acompte en M+1

- **Editions états de salaires et bulletins**

Les éditions d'états de salaires et de bulletins pourront être lancées suite à la préparation de paie.

Etats de salaires :

Ces états seront éditables en différents formats (dont PDF).

Les états pourront être édités :

- En détail, en cumulé
- Sur une période mensuelle, trimestrielle, annuelle
- Avec des ruptures par services ou unités fonctionnelles, par catégories de salariés, ...

Des exports seront possibles si nécessaires sous Excel.

Les états réglementaires seront fournis.

Bulletins de paie :

Format : le bulletin doit pouvoir être personnalisé (intégration du logo, absence de mention d'une convention collective pour les médecins, ...).

Il doit être produit au format papier dans un premier temps avec possibilité de mettre en place une dématérialisation via coffre-fort électronique sécurisé.

Un tri lors de l'édition pourra être choisi.

- **Production et télétransmission automatique des déclarations obligatoires :**

La solution doit assurer la fourniture des états de déclarations de cotisations et la production des fichiers normés selon la législation et les caractéristiques de la DSN phase 3.

La solution devra produire :

- Les déclarations d'événements : arrêts de travail, reprises anticipées et fins de contrats
- La déclaration mensuelle
- Les déclarations de cotisations couverture santé, prévoyance, retraites,
- La déclaration de taxe sur les salaires
- Les attestations de salaires dématérialisées
- La déclaration de l'exposition aux facteurs de pénibilité intégrés dans la DSN

- **Adaptation possible du paramétrage aux évolutions :**

Les paramétrages de paie doivent être adaptables:

- Aux évolutions réglementaires (déclarations, cotisations, ...);
- Aux évolutions collectives propres à la Fondation (modification des grilles de salaires ou des règles de paie, ...);

- **Transmission de données aux outils comptables**

Une transmission automatique ou semi-automatique (génération d'un fichier à intégrer) doit être réalisable de la paie vers la comptabilité (logiciel SAGE).

6.3. Descriptif fonctionnel des besoins pilotage fonctions RH et masse salariale

Pilotage fonctions RH :

Un module intégré d'analyse des données et de production de reporting (tableaux de bord) sera inclus dans l'offre. Le candidat précisera :

- le type d'outil,
- la nature des données requêtes,

- les états types disponibles

Si l'outil d'exploitation de données proposé est un outil tiers, il sera chiffré en option.

Les modalités de création de requêtes libres seront décrites et le niveau de compétences nécessaires pour l'utilisation de l'outil sera précisé.

Il devra au minimum permettre l'objectivation des données via des requêtes à multiples entrées (personnes, métiers, services, ...).

La réponse précisera si l'outil permet de produire a minima :

- Le calcul du Glissement Vieillesse Technicité effectif,
- Le calcul du taux de turn-over,
- Le calcul du taux d'absentéisme,

La réponse précisera dans quelles conditions peuvent être fournis ou générés automatiquement des tableaux de bord et sous quelle forme peuvent être visualisés les data.

Il sera également précisé les conditions de réalisation des réponses aux obligations réglementaires suivantes :

- Bilan social ;
- Base de données économique et sociale ;
- Statistiques Annuelles des Etablissements de Santé ;

Le suivi et les alertes liés aux informations périodiques et aux échéances sociales liées aux Institutions Représentatives du Personnel (Comité d'Entreprise, CHSCT) devront être précisées.

Pilotage masse salariale :

Pour le pilotage de la masse salariale des fonctionnalités de gestion budgétaire sont demandées :

- Pilotage des effectifs en ETP et de la valorisation du coût salarial ;
- Préparation du budget prévisionnel avec différents scénarii ;
- Analyse d'écarts avec le réel en volume et en coût ;
- Calcul et simulation d'effets de masses salariale avec modification des hypothèses de calcul (créations ou suppression de postes, turn-over, GVT, augmentation de la valeur du point ou des indices conventionnels...)
- Calcul et simulation des coûts des moyens de suppléance en interne (heures supplémentaires, complémentaires, ...) et en externe (intérimaires, vacataires,...)
- Pilotage de la dette sociale en volume et en provisionnement : provisions comptables congés payés, RTT, retraite intégrant la possibilité de modifier les hypothèses de calcul (taux d'actualisation, barèmes, etc ...)

6.4. Descriptif fonctionnel des besoins Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

- **Gestion des compétences au niveau des salariés et au niveau des postes :**

La solution permet de gérer pour chaque salarié :

- Le suivi des formations disponible ou intégré à partir du module formation;
- Le suivi des évolutions contractuelles et d'affectations.
- L'intégration d'un référentiel de compétences permettant de comparer les compétences disponibles avec le référentiel.
- L'accès aux grilles d'entretiens professionnels et d'entretiens d'évaluation professionnelle historisées,

L'analyse et l'exploitation des données doit permettre au service RH et aux cadres d'accéder à des fonctions intuitives d'analyse des données sur la population des services :

- Analyses chiffrées : Constitution de pyramides des âges, effectifs par emplois, nombre de départs en retraites dans les années à venir, ETP requis/ETP existants,...
- Des analyses « qualitatives » : comparatif des compétences présentes/compétences cibles, analyser les compétences rares/clés, ...

Les actions à programmer et leur suivi seront identifiés et tracés pour chaque salarié afin de permettre de tirer un bilan.

- **Processus guidé des différentes étapes des entretiens annuels avec portail d'accès et indicateurs/reporting :**

Un processus guidé intégrant le salarié, le responsable hiérarchique et la DRH doit permettre de gérer les processus d'entretiens annuels (entretiens professionnels et entretiens d'évaluation professionnelle) en permettant via un portail d'accès :

- L'organisation des entretiens ;
- La mise à disposition pour remplissage dématérialisé des supports d'entretien ;
- La transmission et l'archivage numérisé des supports remplis ;
- Le lien avec le module de formation pour les actions décidées dans ce domaine ;
- La génération des indicateurs et du reporting des campagnes annuelles d'entretiens.

- **Gestion de la mobilité interne :**

La solution permettra le suivi de l'intégralité d'un processus de mobilité interne :

- Communication dématérialisée sur les postes disponibles ;
- Demande de mobilité d'un salarié ;
- Attribution d'un poste ;
- Validation et mise en œuvre de la mobilité avec transmission automatique des éléments en administration du personnel et en paie.

- **Mise à disposition des fiches de poste :**

La solution permettra :

- de rendre accessible de façon dématérialisée les fiches de poste aux salariés et en particulier en lien avec les postes disponibles ;
- d'assurer de façon simple et tracée les mises à jour.

6.5. Descriptif fonctionnel des besoins Formation

La Fondation relève de l'OPCA UNIFAF, en charge des entreprises de la branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale.

Elle développe également une offre de prestation de formation externe.

La solution proposée permettra :

La gestion des référentiels :

- gestion des liens avec des catalogues de formation,
- gestion d'un annuaire de formateurs ou de prestataires en lien avec le logiciel de paie pour la rémunération des formateurs externes occasionnels et en lien avec les évaluations des formations et le retour des participants ;
- gestion des salles et du matériel.

L'élaboration et la gestion du plan de formation :

- Recueil des besoins de formation exprimés lors des entretiens d'évaluation ou individuellement,
- Communication et arbitrage selon les objectifs et priorités de l'établissement ;
- Gestion des formations réglementaires, suivi et renouvellement (alerte de fin de validité) en lien avec le dossier du salarié et le paramétrage de ces formations,
- Génération d'un état prévisionnel et réalisé du plan de formation annuel incluant :
 - Le type de formation,
 - La fonction des participants,
 - Le nombre de participants,
 - La durée,
 - Le lieu
- Le coût du plan de formation qui pourra être estimé avec le coût de la formation (lien vers les catalogues) et le coût salarial (estimé sur la base d'un coût horaire moyen par emploi).
- L'état des remboursements de l'OPCA.

La gestion des sessions de formation : calendriers, inscriptions, alertes, coûts, courriers, grilles d'évaluation intégrée dans un workflow de validation des demandes de formation.

L'envoi automatisé des courriers, convocations, lettre de rappel, feuilles d'émargement ou annulation aux salariés et responsables hiérarchiques.

La présence de requêtes pré-paramétrées et personnalisables relatives en particulier aux indicateurs suivants :

- Répartition Hommes / Femmes,
- Répartition par âge,
- Ventilation par thèmes de formation,
- Répartition par catégories ou emplois
- Suivi de l'obligation DPC (Développement Professionnel Continu),

Des liens automatisés avec le logiciel de gestion administrative, de paie, de gestion des temps et de gestion des compétences.

Le logiciel doit permettre de gérer une offre de prestation de formation externe :

- La mise à disposition numérique d'un catalogue de formation auprès d'un public extérieur;
- L'envoi de devis de formation ;
- La confirmation d'inscription ;
- Le suivi de la facturation de ces formations ;

Il permettra enfin via un portail d'accès à distance de :

- Accéder au catalogue de formation (salarié ou public externe);
- Accéder au dossier personnel de formation (salarié + responsable hiérarchique) ;
- Formuler une demande de formation en ligne (salarié) ;
- S'inscrire à une formation (salarié + public extérieur) ;
- Consulter les compteurs formation (DIF / CPF/ ...) (salarié) ;
- Evaluer une formation (salarié).

6.6. Descriptif fonctionnel des besoins QVT

Le logiciel permettra de :

- Produire de façon dématérialisée le Document Unique des Risques Professionnels ;

- Effectuer une déclaration dématérialisée de risques ou incidents en lien avec la déclaration des événements indésirables informatisée de l'établissement ;
- Mettre en place un baromètre social institutionnel ;
- Procéder à des mesures de la satisfaction du personnel ;
- Procéder au suivi de la santé au travail des salariés :
 - o Génération et suivi automatisé des visites médicales (à l'embauche, à la reprise, périodique, à la demande du salarié, du médecin du travail ou de l'employeur) et alertes sur le calendrier de suivi en intégrant la communication entre le service de santé au travail interne et la DRH;
 - o Suivi des inaptitudes et des restrictions médicales de postes.
 - o Gestion du dossier médical du salarié à la disposition du service de santé au travail interne : de façon autonome ou en liaison avec le logiciel existant.
 - o Génération des convocations aux visites de façon numérisée/papier ou via un portail d'accès à distance.
 - o Générer les indicateurs nécessaires à la réalisation du bilan annuel du SST.
- Pour le pilotage de la QVT/santé au travail :
 - o Génération des indicateurs de la QVT (nombres d'AT, taux de fréquence, durée des arrêts maladie, ...)
 - o Suivi des interventions des IRP (CHSCT) ;

Le logiciel comprendra enfin des liens automatisés avec le logiciel de gestion administrative, de paie, de gestion des temps et de gestion des compétences.

6.7. Intégration dans le SI

Reprises de données

Pour le module Administration du personnel / Paie, il sera précisé les possibilités de reprises de données suivantes :

☒☒ Données de structure et découpage de l'organisation : Etablissement, Unités Fonctionnelles, Services,...

☒☒ Données des caisses de cotisations,

☒☒ Données Salariés : Identités, coordonnées, données familiales, diplômes, poste, contrats, classification conventionnelle, salaire, ...

☒☒ Compteurs de soldes : Congés, RTT, ...

Si les modules fonctionnels, GPEC et Formation sont distincts, le candidat précisera les conditions de récupération de données salariées dans ces modules pour le suivi de carrière et de formation.

Interfaces

Pour les modules concernés, Administration du personnel/Paie, GPEC et Formation, le candidat précisera :

- si la solution proposée est intégrée ou non,
- Si non, quelles sont les interfaces nécessaires

Les interfaces à mettre en oeuvre seront :

- Interfaces « salariés » : sens de l'interface entre le module « Gestion des Temps » et le module « ADP – Paie » à définir en fonction de l'adéquation aux besoins.
 - Interfaces des Eléments Variables de Paie et absences depuis la solution Gestion des Temps vers la paie,
 - L'interface des écritures comptables vers la comptabilité générale : la solution comptable est la solution SAGE. Les écritures devront pouvoir intégrer des ventilations analytiques.
- Pour chaque interface, le candidat précisera :
- Le format de fichier,
 - Les données échangeables,
 - Les modalités d'échange (fréquence, format, interface en réception ou envoi, ...)
 - Les éditeurs tiers avec lesquels il a déjà des interfaces en place (éditeur, solution, références de sites)

7. PRESTATIONS (LOTS 1 et 2)

Le candidat décrira l'ensemble des prestations nécessaires à la mise en œuvre de sa solution. Elles seront quantifiées et valorisées par type de prestation et d'intervenant éventuellement (consultant, formateur, chef de projet...), tous frais inclus.

Le candidat évaluera la charge de travail en jours induite par la mise en œuvre pour l'équipe interne de référents RH et ceci pour chaque étape de déploiement. Cette charge sera fournie dans un document annexe.

Il devra identifier les coûts de chaque lot s'il répond à plus d'un lot.

7.1. Installation des applications et connexions aux bases de données

Le candidat présentera les prestations d'installation de sa solution, y compris ses outils de paramétrage et d'intégration avec le système d'information existant.

Les prestations d'installation incluront la préparation de trois environnements : formation, tests et production.

Une prestation de transfert de compétences sera effectuée auprès de l'équipe interne afin de la rendre autonome sur l'installation des postes clients, les opérations d'exploitation courante, la surveillance des interfaces.

7.2. Assistance à la mise en oeuvre - Conduite de projet

Les prestations d'assistance à la mise en oeuvre seront détaillées, ainsi que la gestion de projet proposée et les profils des membres de l'équipe projet.

Une évaluation des ressources que la maîtrise d'ouvrage devra consacrer au projet, aux différentes étapes du projet sera faite par profil.

Un planning prévisionnel sera joint à l'offre et fera apparaître clairement les différentes étapes.

7.3. Paramétrage de la solution

Le candidat décrira les actions de paramétrage qu'il réalisera lui-même et celles qui incomberont à la maîtrise d'ouvrage, en totalité ou avec l'assistance du maître d'oeuvre.

Les documentations fournies ainsi que les livrables, dans le cadre des actions de paramétrage, seront listés avec précision.

7.4. Formation

Le candidat précisera s'il est considéré ou non comme organisme de formation, et si oui indiquera son n° d'agrément.

Ses recommandations en matière de formation et le contenu des sessions proposées seront explicitées :

- Formation des référents utilisateurs et contenu,
 - Transferts de compétences vers l'équipe informatique interne et contenu,
 - Niveau minimum des stagiaires
 - Ressources nécessaires
 - Organisation de la formation (sur site, combien d'heures par session, outils de télé-formation ...)
- Les supports de formation et manuels d'utilisation livrés dans le cadre des actions de formation seront listés.

7.5. Réversibilité

L'éditeur précisera quelles sont les conditions de récupération des données en cas d'abandon de la solution :

- Formats de restitution des données : les formats de restitution doivent permettre une exploitation des données pour réutilisation ou import dans une nouvelle solution,
- Conditions de réalisation des prestations de production des données si besoin.

Annexe 4 : Grille d'analyse des réponses à l'appel d'offre – lot 1 (GTA)

CONSULTATION SIRH FONDATION OPHTHALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD				
LOT 1 : GESTION DES TEMPS				
SOCIETE/LOGICIEL :	NIBELIS (candidat aux lots 1 et 2)	PROTIME	ASYS	OCTIME
- Données de base :	Solution Cloud (Saas) Accès selon profil utilisateur.	Saas. Système SSO. 9 Niveaux analytiques (4 demandés) Plupart des données de base de la fiche salarié interfacées avec système paie.	Saas (mode on-premise possible). Engagement minimum de 36 mois. Editeurs solutions planification, gestion du temps et suivi des activités. Paramétrage de gestion des droits, création codes, lieux, postes. Gestion par profils. Fiche ressource de chronos avec donnés de base du salarié.	Saas (mode insourcing possible) Patches mensuels et versions annuelles du Progiciel. Sauvegardes 2 fois/jour. Accessibilité via mot de passe (compatibilité LDAP et SSO). 4 niveaux analytiques requis gérés.
- Paramétrage de plusieurs réglementaires	Non précisé	Application multi-conventions: convention FEHAP 51, accord d'entreprise OK. Progiciel.	Gestion multi-règlementaire.	Gestion de la CC51 FEHAP et des accords locaux. Cas particuliers soumis à analyse. Plusieurs conventions possibles au sein d'un même effectif.
- Gestion des personnels externes	Gestion des délégations ponctuelles ou permanentes	Peut être géré et identifié comme tel dans un groupe de population dédié. Possibilité réception données personnel externe via interface ou création dans Prottime. Gestion du personnel intérimaire à vérifier.	Dossiers salariés personnalisés par catégorie de ressources: salarié, intérimaires, stagiaires. Dossiers non "pollués" par données inutiles. Chaque manager peut créer ses propres populations, dans un périmètre de responsabilités données (cf bloc par exemple)	Personnels classés par "populations". Personnel externe géré, importé via autre application ou crée dans Octime.
- Automatisation des roulements à partir du cycle de travail (plusieurs cycles possibles)	Pas détaillé	Construction cycle de travail sans limite de semaine. Gestion des horaires avec centaines de conditions de paramétrage. Gestion de l'annualisation et de la modulation du temps de travail. Fourniture d'un reporting dédié. Planification du travail de nuit, jours fériés, dimanches, repos, astreintes.	Moteur de planification sous contraintes pour génération automatique des horaires des salariés pour couvrir au mieux les besoins sous respect contraintes légales. Gestion de la multi-affectation avec l'item mobilité.	Automatisation des roulements: planning généré à partir d'horaires créés et décrits par les utilisateurs. Puis, visualisation des plannings et des compteurs attendus (heures, astreintes, repos, absences, ...)
- Visualisation à l'écran du cycle, du planning prévisionnel et du planning réel	Visualisation par service ou équipe, selon différents axes (possibilité analyse du temps passé par projet, client, par dossier: adapté à la FOR?)	Saisie des évènements, gestion des demandes de remplacement, visualisation des compteurs. Saisie sur plusieurs jours simultanément pour un même salarié ou collective par service, secteur, salariés. Visualisation des codes horaires, des détails horaires, d'un type d'évènement (absences, ...). Affichage comparatif possible (planning prévisionnel/réalisé). Etats de planning hebdomadaires/mensuels/annuels éditables et personnalisables. Production d'états de restitution de compteurs par salarié/secteur/service. Etat mensuel individuel de planning éditable. Mise à disposition planning date à date ou sur une période donnée. Export Excel possible.	Affichage type Excel (plusieurs fenêtres en bas de page) Plannings personnalisables. Planning multi-lignes Chronos: affichage de 3 niveaux de planning (théorique, prévisionnel et réel). Enchaînement des semaines en cycles de travail. Eléments gérés par le planning: présences, absences et motif, gestion des prêts par la mobilité, affichage infos salariés (intérimaires,...), astreintes, lieux d'affectation, ... Affichage personnalisable par profil utilisateur. Possibilité application horaires, absences par favoris. Vue individuelle annuelle. Affichage de planning renversé (identification claire des salariés par horaire). Publication du planning après validation (accessible en consultation) Saisie des besoins avec import éventuel d'indicateurs (taux d'occupation) Saisie de normes d'effectifs et visualisation des écarts en bas de page.	Affichage personnalisable (drag & drop) Visualisation entre besoins théoriques et effectif présent en bas de planning. Filtres de tri, sélections, choix d'affichage. Affichage de planification théorique, prévisionnelle et réalisée. Planification des activités et analyse des résultats par équipe, métier, projet, tâche. Suivi des astreintes et périodes particulières (basse activité?) Bourse d'échange pour faciliter des échanges entre personnes (évolution en cours) Intégration de données externes d'activité (chambres, chantiers...) pour adaptation de l'organisation à la charge de travail. Conservation de l'historique des différentes étapes de planning ("Qui a fait quoi?") Possibilité de détailler les activités. Commentaires entre managers ou mémos.
- Recalcul automatique suite à l'intégration de modifications	Valorisation automatique des données en paie.	Solution en temps réel avec recalcul automatique. Si agent absent, indication de ressource manquante mais pas de proposition automatique de la ressource ni positionnement direct sur le planning (ressource adéquate positionnée par le planificateur). Remplacements et affectations différentes sur un même mois possible.	Logiciel chronos calcule, sans paramétrage additionnel: temps prévus, temps validés, écarts entre temps effectif et modèle horaire. Calcul automatique du temps de travail à partir des cycles de travail. Compteurs planning individuels calculés en temps réel.	Calculs en temps réel et mise à jour immédiate des compteurs à l'écran. Recalcul automatique dès modification de planning (en temps réel, en batch ou en tâche de fond, sans interruption du travail de l'utilisateur).

- Décompte des effectifs présents	Pas détaillé	Vérification interactive des besoins par jour et horaire (maj en fonction des modifications de planning)/évaluation de l'adéquation effectifs-besoins. Filtres et tris de visualisation de planning. Compteurs en lien avec les plannings. Filtres et affichages sous différentes vues.	Réglementation faite par compteurs. Compteurs pouvant être prévisionnels, réels ou publiés (prévisionnel validé). Périodicité de compteur pouvant être journalière, hebdomadaire, périodique, sur le cycle du salarié, un trimestre ou une période paramétrable. Compteurs pouvant porter sur l'horaire, les informations salarié, les astreintes, les absences, l'activité ou l'imputation analytique. Compteurs consultables ou modifiables selon profil. Salarié pouvant être associé à un groupe temps. Compteurs standards par thèmes de gestion: gestion de la présence, heures de nuit, heures exceptionnelles, HS, jours périodiques (dimanches, JF, ...), heures de grossesse, gestion de la grève (assigné ou non), des droits et récupérations, des droits syndicaux détaillés, des types de repos, de l'annualisation. Types d'horaires possibles: fixes, variables, à la carte, attendus, cycliques, modulés, annualisés. Motifs d'absence paramétrables. Motifs d'astreinte paramétrables. Portail gestionnaire Chronoboard disponible en mobilité (optionnel).	Calcul et affichage des compteurs, anticipation des compteurs sur l'année (gestion de l'annualisation), suivi des soldes individuels, gestion de l'équité. Détection seuls d'effectifs limites ou dépassant les indicateurs d'effectifs standards. Compteurs personnalisables, en temps réel sur plusieurs axes: en bout de planning, dans les cellules, bulle de zoom de la cellule.
- Décompte de pointages	Déclaratif ou en temps réel (Badgeuse physique ou saisie par le salarié puis validation par le manager/Auto-déclaratif) Profils de pointage paramétrables. Correction des anomalies sans ressaisie.	Pas de limite de nombre de pointages journaliers. Calcul du temps de travail en lien avec la norme de temps de travail et des soustractions (temps de pause). Pointage physique ou virtuel.	Gestion par exception (planning réalisé alimenté par le planning théorique), saisie dans formulaires personnalisés (saisie déclarative horodatée) ou badgeage (sur terminal physique ou dématérialisé sur pc, tablette ou smartphone avec le module self-service). Autre modèle de badgeuse, permettant aussi la consultation des pointages, des anomalies, des absences et de poser une demande d'absence. Compatibilité avec badges actuels?	Badgeuse physique Octime. Nombre de pointages par jour illimités. Compatibilité badges actuels? Possibilité badgeage virtuel ou physique.
- Contrôles automatiques et alertes en matière de temps de travail	Alertes automatiques quand demande de validation	Alertes et contrôles en temps réel sous forme de "conflits", liés aux règles légales non respectées. Alertes également accessibles pour l'utilisateur via le portail personnel (anomalies de compteur, absences injustifiées, retards à la PDP ou départs anticipés).	Alerte du manager sur les tâches à effectuer, centralisées en page d'accueil. Alertes de contrôle selon niveau de gravité, via le planning. Compteurs planning d'alerte (effectif à minima), mémos (à la journée), mémos libres. Alertes de planning, de pointage, anomalies (bloquantes ou informatives). Messages en temps réel.	Alerte selon les compteurs paramétrés et les infractions légales. Déclenchement d'alerte visuellement signifié à l'utilisateur. Détection des anomalies légales, conventionnelles ou anomalies personnalisées. Niveaux d'alerte paramétrables.
- Gestion de processus guidés	Workflow de validation avec alertes automatiques.	Processus partagés (Workflow) et visibles de gestion d'information entre salariés, managers et DRH: validations des HS, justification d'absences, validation de demandes d'absences, mise à jour fiche personnelle.	Module Free-time pour émission de demandes d'absence soumises à validation. Fonction Workflow de demande de prêts (de personnel).	Le salarié peut faire son déclaratif, déposer ses demandes d'absences soumises à validation ou justifier ses absences via son portail personnel. Workflow de validation du processus de remplacement
- Tableau de bord du salarié (relevé compteurs, soldes congés,...) via portail d'accès à distance	Interface personnelle (application?) absences/planning/paie. Demandes d'absences avec suivi de statut. Demandes de présence exceptionnelle (HS? Quid du Whoog?) Suivi des compteurs (pointages, droits acquis). Accès informations personnelles. Visualisation planning des collègues sans les motifs d'absence. Dématérialisation des fiches de paie.	Portail dédié ProNet. Visualisation de planning, demandes d'absences, téléchargement de planning et de compteurs individuels. Pas de téléchargement de la paie. Si modification de planning, pas de message envoyé à l'agent (appel nécessaire). Certaines demandes d'absence gérées par ProNet (RTT, CA), d'autres non (formation, AT). Paramétrage de l'accès aux plannings par agent. Possibilité de bloquer les demandes de CA dans le temps ("pas avant telle date"): possibilité de gérer d'autres demandes, comme les RTT, sur le même principe ("x jours à l'avance")? Intégration absences validées sur agenda Outlook.	Portail salarié (self-service) accessible via smartphone ou tablette. Consultation de planning, de compteurs, badgeage, saisie d'activité. Suivi du statut de ses demandes. Accès au module Free-time: demandes d'absences soumises à validation. Consultation et mise à jour informations personnelles. Communication avec son manager. Visualisation des anomalies de planning. Suivi des HS: déclaration, modification, validation (adapté à la FOR?) Envoi de pièces jointes (justificatifs d'absence)?	Portail salarié accessible sur PC ou via application smartphone. Visualisation du planning, des compteurs, effectuer et suivre des demandes d'absences, envoi de justificatifs d'absence, suivi des visites médicales, communication institutionnelle,...
- Gestion des accès	Pas d'information	Gestion des 36 points de contrôle existants avec traçabilité des passages.	Module Sesame: gestion ouverture de portes selon autorisation et plages horaires. Géré mais avec autres modèle de terminaux.	Octime peut proposer une gestion des accès physiques (soumise à étude terrain). Terminaux actuels non compatibles. Une interface peut être envisagée d'Octime vers la solution de contrôle d'accès.
- Compatibilité matériel	"méconnaissance de l'outil de requête de l'ancien logiciel de paie"	Compatibilité avec les terminaux de contrôle d'accès existants + badgeuses.	Autre modèle de badgeuses (à poser par la FOR), garanties 1 an puis contrat de maintenance facturé. Compatibilité de lecture avec les badges actuels à vérifier. Terminaux actuels de contrôle d'accès non compatibles.	Badgeuse physique Octime. Terminaux actuels de contrôle d'accès non compatibles.
- Diffusion des besoins de ressources de suppléance	Pas d'information	Interface Whoog OK Identification des agents en repos et envoi d'un Whoog uniquement aux agents potentiellement disponibles (Whoog gère en aléatoire: compatibilité? Par ailleurs, se pose la question des vacataires, n'ayant pas de planning pré-établi). Validation d'une mission Whoog répercutée en heures réalisées sur le logiciel de GTA: point soumis à étude.	Outil d'aide au remplacement avec recherche des salariés par disponibilité, compétences, compteurs... Etude en cours entre Asys et Whoog pour mise en oeuvre de flux entre les 2 solutions. Mobilité: affichage double planning prêteur/emprunteur. Fonction Workflow de demande de prêts (de personnel).	Octime dispose d'une interface avec Whoog. Aide au remplacement: aide à la décision, workflow de validation du processus de remplacement, suivi des absences non remplacées, tableau des demandes de remplacement. Gestion et repérage des prêts de personnel. Gestion de la disponibilité: suivi des disponibilités des vacataires et envoi de SMS pour appel au remplacement.

<p>- Intégration dans le SI (reprise de données + Interfaces logicielles)</p>	<p><i>"Import de données: étape chronophage car méconnaissance de l'outil de requête de l'ancien logiciel de paie, de la rétention d'information de la part du prestataire en place ou tout simplement d'un manque de temps de (nos) équipes".</i></p> <p>Pas d'informations concernant la GTA.</p>	<p>Reprise des données de structure, administratives pour les salariés, valeurs des compteurs au démarrage.</p> <p>Interface entre GTA et ADP-Paie pour création, mise à jour et sortie des salariés</p> <p>à définir selon adéquation aux besoins.</p> <p>Interface variables de paie et absences vers solution paie, avec fréquence à définir (de 1 à 2 fois/jour à toutes les 5 min). L'interface des variables se fait en général en fin de mois manuellement une fois les données consolidées.</p>	<p>Interface Chronos import/export avec les principaux produits GRH du marché (avec TALENTIA comme partenaire privilégié).</p> <p>Import des salariés, des compétences, des historiques de compteurs, des absences (principe des demie-interfaces, type fichier plat ou csv).</p> <p>Module Interface paie: automatisation échanges de données avec système paie.</p> <p>Module Interface agenda: intégration des absences dans Outlook.</p>	<p>Interface avec les principaux produits GRH du marché</p> <p>Possibilité import données d'identification au format standard via application RH.</p> <p>Reprise des données de fiche salarié.</p> <p>Autres imports possibles: structures, absences (formats précisés par Octime)</p> <p>Interfaces bidirectionnelles avec "la totalité des acteurs significatifs du marché": import de fiches individuelles, compteurs, absences... et export variables de paie, absences en vue de la constitution de la paie.</p>
<p>- Références</p>	<p>Aucune référence hospitalière</p>	<p>Seule référence hospitalière mentionnée: la FOR.</p>	<p>48 références hospitalières citées</p>	<p>Nombreuses références en hospitalier et médico-social privé.</p>
<p>- Commentaires</p>	<p>Grille d'analyse non fournie</p> <p>Equipe projet dédiée/Back up dédié</p> <p>Editeur propre (paie et GRH)</p> <p>Très ciblé paie/partie GTA pas détaillée.</p>	<p>Formations directement intégrées dans le planning.</p> <p>SIRH complet, mais ne posent pas candidature au lot 2.</p> <p>10 salariés en France, entre Paris et Bidart: SAV?</p> <p>Horaires réduits en Helpdesk.</p> <p>Environnement de formation mis à disposition.</p> <p>Paramétrage avec "utilisateur clé" de la FOR pour "transférer la compétence et rendre autonome la fondation"/"lorsque votre réglementation évolue ou si vous souhaitez modifier un paramétrage vous en avez la parfaite maîtrise":</p> <p>nécessité de référents SIRH sur le modèle du DPI? SAV?</p> <p>Option ProCost nécessaire pour visualisation des activités précises (comptabilité analytique).</p>	<p>Support: portail client + club utilisateur (association indépendante).</p> <p>Maintenance corrective, évolutive et téléphonique.</p> <p>Maintenance du paramétrage (téléservice).</p> <p>Délais d'intervention selon criticité.</p> <p>Possibilités de reporting.</p> <p>Sessions de formation par groupes de 8 personnes maximum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administration fonctionnelle/3 jours - Administration technique/1 jour - Formation de référents/2 jours Formation de gestionnaires/1 jour <p>"Généralement, les formations à l'administration sont dispensées aux personnes du groupe projet qui se chargent du paramétrage, de la recette et de former les référents ou les utilisateurs".</p>	<p>Accès manager via bureau, domicile ou en mobilité.</p> <p>Formation groupe de référents sur site (Octime est organisme de formation agréé)</p> <p>Délai de mise en oeuvre: de 3 à 6 mois.</p> <p>Evaluations budgétaires et financières.</p>

Annexe 5 : Grille d'analyse technique et financière des dossiers de candidature

Editeur	LOT 1				PROTIME		ASYS		NIBELIS	
	OCTIME		OCTIME V2		Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC
Poste Financier	Commentaire		Commentaire		Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC
Projet :										
Pilotage/Conception/Réalisation/...	Mini 14j	38 400,00	25j	50 280,00	37j	38 520,00	67j	81 798,00	forfait	45 600,00
Reprise des données	2j	2 160,00					3j	3 582,00		
Interfaces	9j	9 720,00			20j	19 200,00	7j	8 358,00		
Frais de déplacement	35j	4 200,00	35j	4 200,00						
Matériel :										
Badgeuse x3		3 564,00		3 564,00	Déjà en place	0,00		4 550,40		
Formations :	Accès E-learning offert		Accès E-learning offert							
Technique	1j	1 152,00	20j	23 040,00			1j	1 194,00	Pour 10 participants - 1,5j	2 610,00
Référent	6j	6 912,00					3j	3 582,00		
Formateur interne							2j	2 388,00		
Formation directe	10j	11 520,00								
Gestion des temps	4j	4 608,00			2j	1 920,00				
Portail Salarié					1j	960,00				
Planning cadres de santé					3j	2 880,00				
Administrateur	6j	6 912,00								
Hébergement :	Limité à 2000 personnes pour 60 mois		Limité à 2000 personnes pour 60 mois				Engagement sur 36 mois			
Frais de mise en service								9 312,00		
Contrats maintenance + support		8 400,00		6 600,00					Abonnement	7 560,00
Phase de conception	100 connexions 6 mois	11 520,00	100 connexions 6 mois	10 800,00						
Phase de production	200 connexions 6 mois	17 337,60	200 connexions 6 mois	16 560,00						54 432,00
Cout annuel administrateur/planificateur					10 personnes	2 880,00				
Cout annuel utilisateur (pour 1400)						35 280,00	Formule Confiance	44 352,00		
Licences										
Options :										
Cout 5GO supp.								36,00		
Option 2 hébergement (en + du niv. 1)							Sérénité	13 968,00		
Option 3 hébergement (en + du niv. 1)							Tranquillité	34 776,00		
Mobilité	inclus		inclus		N/A		Option non quotée			
Réversibilité		6 000,00		6 000,00	Non précisé		Sur devis			
Total Base Année 1 (hors formation)		95 301,60		92 004,00		95 880,00		151 952,40		107 592,00
Total Base Année n+1 (abonnement)		43 075,20		39 720,00		38 160,00		44 352,00		61 992,00
Cout sur 5 ans		267 602,40		250 884,00		248 520,00		329 360,40		355 560,00
			+ Option Medica 6 mois gratuit et tarif acquisition négocié							

Editeur	NIBELIS		TALENTIA		CEGID		CEGID V2		META 4		MIPIH	
Poste Financier	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC	Commentaire	€ TTC
Projet :			260+226j	275 520,00	250j	301 572,00	250j	284 412,00	334j	300 600,00	98j	110 465,00
Pilotage/Conception/Réalisation/...	forfait	92 400,00										
Reprise des données												
Interfaces	flux comptable	3 000,00										
Frais de déplacement					Base 250j	30 000,00	Base 250j					
Matériel :												
Badgeuse x3												
Formations :			34j	40 800,00	Conventionné - non quoté 27j		Conventionné - non quoté 27j		16j		22j	24 070,00
Technique									cout au stagiaire	702,00		
Référent	Pour 10 participants - 9,5j	16 530,00										
Formateur interne												
Formation directe												
Gestion des temps												
Portail Salarie												
Planning cadres de santé												
Administrateur												
Hébergement :					Engagement 43 mois		Engagement 60 mois		Engagement 60 mois		Engagement 60 mois	
Frais de mise en service	cout au bulletin	8,64		4 800,00	cout au bulletin	9,65	cout au bulletin		cout au bulletin	13,56	cout au bulletin	8,50
Contrats maintenance + support	Abonnement	7 560,00		30 447,60	hypothèse 1300 bulletins		hypothèse 1300 bulletins		hypothèse 1300 bulletins	211 536,00	hypothèse 1300 bulletins	132 600,00
Phase de conception					7 mois	11 692,13	10 mois	16 680,00				
Phase de production	hypothèse 1300 bulletins	134 784,00		63 360,00	5 mois	62 696,70	1 mois	11 196,00				
Cout annuel administrateur/planificateur												
Cout annuel utilisateur (pour 1400)												
Licences			Achat licence société	152 238,00								
Options :												
Coût 5GO supp.												
Option 2 hébergement (en + du niv. 1)												
Option 3 hébergement (en + du niv. 1)												
Mobilité												
Réversibilité												
Total Base Année 1 (hors formation)		237 744,00		526 365,60		405 960,83		301 092,00		512 136,00		243 065,00
Total Base Année n+1 (abonnement)		142 344,00		93 807,60		150 472,08		134 352,00		211 536,00		132 600,00
Cout sur 5 ans		807 120,00		901 596,00		1 007 849,15		838 500,00		1 358 280,00		726 665,00

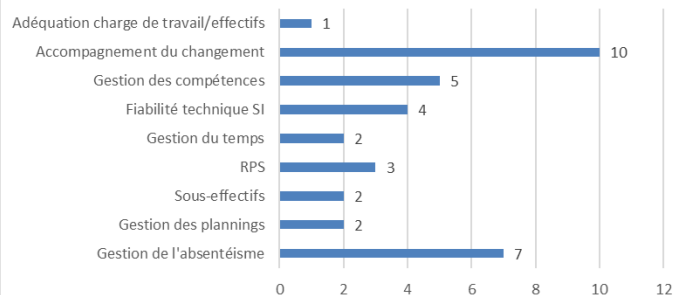
Annexe 6 : Grille d'analyse : comptes rendus de réunion cadres 2016 & 2017

Cadre	Service	Priorités exprimées
B.M.D	Réa-USC	Circuit du médicament (écarts armoires sécurisées) Gestion du temps Gestion des remplacements (spécificité de service) Gestion du matériel (biomédical notamment) DPI (adhésion du personnel) Compétences du personnel de Réa-USC (formations in situ) Bionettoyage Fonctionnement (opérationnel) du service Ergonomie du service (manque de rangements) Optimisation des procédures: gestion des urgences internes (115)
B.D.	NRI-USINVI	Gestion des remplacements Gestion des plannings Travaux (2016) Optimisation des procédures (thrombolyse) Ergonomie du service (manque de rangements)
Y.E.M.	NCH	Respect des procédures (direction clientèle, pharmacie) DPI (niveau opérationnel et adhésion personnel) Fermeture AMP le weekend (2016) Indiscipline du personnel Irrespect de l'autorité du cadre Contrôle Recherche en soins Contrôle du travail des ASH (bionettoyage) Continuité de travail jour/nuite Ergonomie du service (manque de rangements)
H.S.D.J. C.R.D.	Neurologie-HDJ-Csit Oph	Projet "Para-chute" Respect des procédures (direction clientèle) Circuit du linge (HDJ) Circuit de labo (non conformités, départs externes) RPS (violence des familles, mal-être des soignants) Groupe "escaliers" avec mise à jour des procédures et suivi référents Gestion des flux patient (organisation sorties avec service social) Mise en adéquation effectifs et charge de travail (Pb de l'évaluation de la charge de travail)
S.C.	UCA	Virage ambulatoire et augmentation capacitaire Circuit des dossiers (papier) Hygiène (référente) Gestion des flux patients (entrées, brancardage, sortie, sorties tardives) Gestion de l'absentéisme Gestion du temps
S.K.	Urgences OPH	Bionettoyage. Hémovigilance et identitovigilance associée Transmissions jour/nuite Gestion du matériel (disparition) Flux patients (temps d'attente) Agressivité envers les soignants Encadrement des étudiants
S.D.B.	Pédiatrie	Circuits de labo. Gestion du matériel (disparition) Gestion des remplacements (spécificité de service)
D.S.	OPH-ORL-MI	Travaux (en 2016) DPI (niveau opérationnel) Continuité de travail jour/nuite Flux patients (gestion lits, sorties, bloc, brancardiers, dossiers) Circuit du médicament (traitement personnel et nominatif) Ergonomie du service (manque de rangements)
LP.	Bloc central	Circuits de labo. Gestion des remplacements (IBODE + Brancardiers 2016) Flux patients (brancardage 2016) Travaux (2016) Circuit des dossiers (papier) Respect des procédures (de départ au bloc) Gestion du matériel (disparition)

S.N.	Bloc NRI	Circuit du médicament (suivi des péremptions) Bionettoyage Responsabilisation des acteurs (rangement, propreté, respect des procédures) Respect tenue bloc-extérieur
A.R. S.R.	Anesthésie	Gestion du matériel de la SSPI (disparition) Transmissions SSPI-services Remplacement du personnel IADE (en sous-effectif) Travaux SSPI
E.N.	Transport Patient (8/17)	Mise à jour des procédures Optimisation des flux patient Bionettoyage
J.D.	Imagerie	Circuits d'organisation interne (fluidification), circuits patient Informatisation des demandes d'imagerie Gestion du temps Taux d'occupation des plages d'exams Matériel (gestion des pannes, biomédical) Utilisation vestiaires imagerie
S.G.R. C.C. (2017)	Orthoptie	Bionettoyage en consultations oph (Elior versus ASH FOR) Circuit des dossiers (papier) Articulation personnel FOR/CEDR Changements organisationnels Respect tenue personnel
H.R.	Optométrie	Bionettoyage en consultations oph + ILV Respect des procédures (direction clientèle) Gestion du matériel (biomédical notamment) Circuits patients (signalétique) Suppléance patients handicapés lors des consultations Respect tenue personnel
S.D.S.M.	Chef de Projet	EPP "Hygiène & sécurité alimentaire" DPI (mise en place, paramétrage) Tableaux de bord DSSI Circuits de labo (2016)Gestion des doublons (IPP-IEP) Gestion des plannings ASH vs Gestion fonctionnelle cadres de proximité Circuit médicament (EPP) V2014 Gestion de l'absentéisme Gestion du temps Gestion du changement
B.C. L.V. M.L. (FFCI) S.I. (FFCI)	Nuit	Remplacement du cadre (recherche FFCI) Gestion des remplacements: absentéisme Indiscipline et investissement du personnel Respect de l'autorité du cadre Circuits de labo Gestion du planning (pour plus de 70 agents), de l'absentéisme RPS Gestion des situations d'urgence (spécificités nuit) DPI (niveau opérationnel-adhésion du personnel)

Priorités exprimées: réunions cadres 2016-2017

(n = 17)

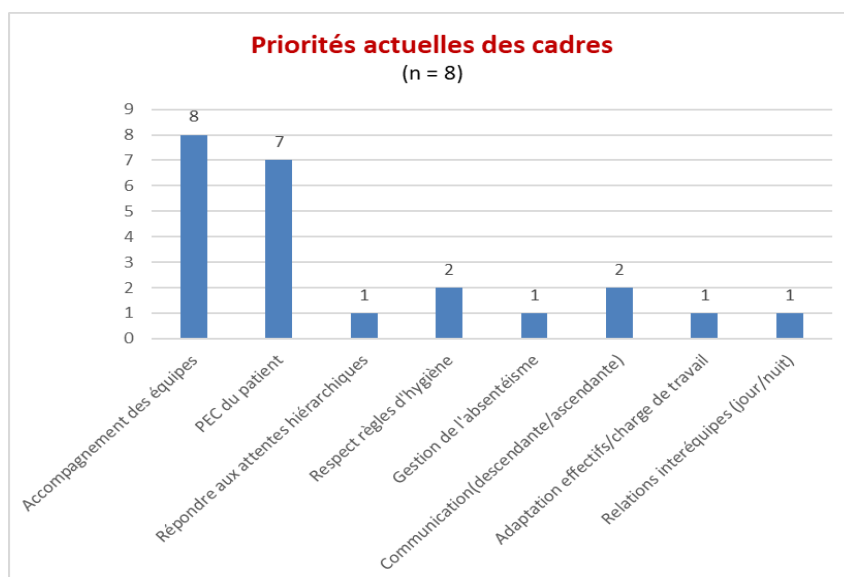


Total services	17	
Thèmes centraux RH	Nombre concernés	Taux
Gestion de l'absentéisme	7	41%
Gestion des plannings	2	12%
Sous-effectifs	2	12%
RPS	3	18%
Gestion du temps	2	12%
Fiabilité technique SI	4	24%
Gestion des compétences	5	29%
Accompagnement du changement	10	59%
Adéquation charge de travail/effectifs	1	6%

Annexe 7 : Grilles d'analyse : entretiens individuels

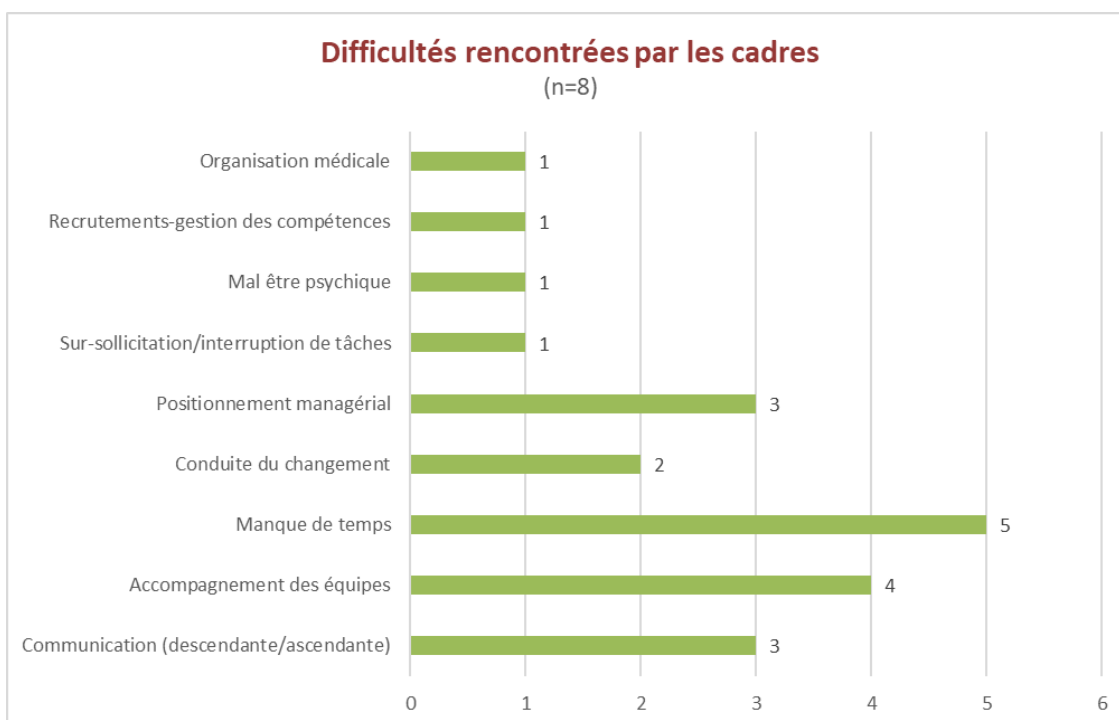
Cadre	Service	Priorités exprimées
CRD	Neurologie-HDJ	Accompagnement des équipes
CP (FFCI)	UCA	Accompagnement des équipes Bonne PEC du patient Répondre aux attentes de ses supérieurs
DS	OPH	Accompagnement des équipes PEC du patient
EN	Transport patient	Accompagnement des équipes PEC du patient Respect règles d'hygiène
HSDJ	Cstl OPH/IVT	Gestion de l'absentéisme PEC du patient Accompagnement des équipes Communication Respect règles d'hygiène
SK	SAU	PEC patient/gestion temps d'attente Accompagnement des équipes
SC	UCA	Accompagnement des équipes PEC du patient Communication ascendante et descendante
YEM	NCH	PEC patient Accompagnement équipes Adaptation effectifs/charge de travail Continuité soins jour/nuit

Total cadres	8	
Priorités des cadres	Nombre concernés	Taux
Accompagnement des équipes	8	100%
PEC du patient	7	88%
Répondre aux attentes hiérarchiques	1	13%
Respect règles d'hygiène	2	25%
Gestion de l'absentéisme	1	13%
Communication(descendante/ascendante)	2	25%
Adaptation effectifs/charge de travail	1	13%
Relations interéquipes (jour/nuit)	1	13%



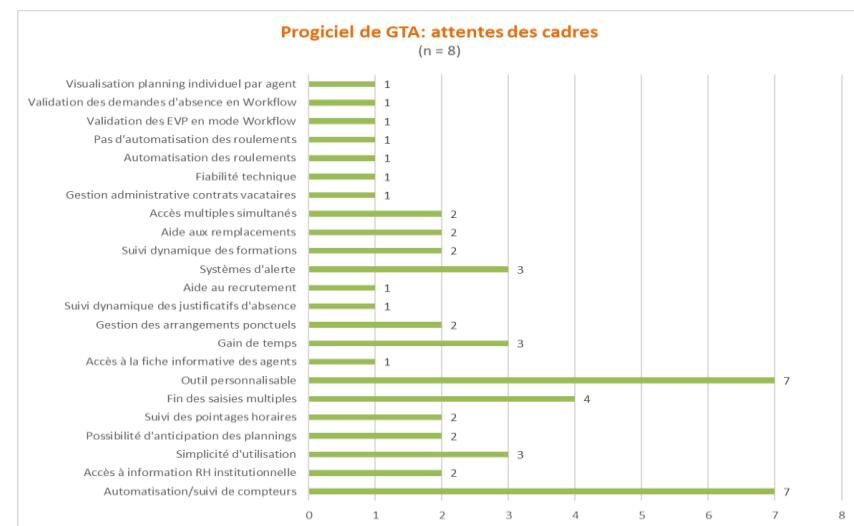
Cadre	Service	Difficultés actuelles
CRD	Neurologie-HDJ	Communication descendante/adhésion des équipes aux projets d'établissement Retour de congé maternité
CP (FFCI)	UCA	Communication ascendante (trouver les bons interlocuteurs) Adhésion des équipes (répétition des demandes)
DS	OPH	Manque de temps
EN	Transport patient	Conduite du changement Respect des règles/normes Acceptation du cadre (nouvelle fonction)
HSDJ	Cslt OPH/IVT	Sursollicitation Interruption de tâches Manque de temps Sentiment de ne plus être soi
SK	SAU	Gestion du temps Implication des équipes Positionnement de cadre
SC	UCA	Accompagnement du changement Manque de temps Gestion des recrutements/choix des compétences
YEM	NCH	Organisation médicale Manque de temps Communication jour/nuit Motivation/accompagnement des équipes

Difficultés rencontrées par les cadres	Nombre concernés	Taux
Communication (descendante/ascendante)	3	38%
Accompagnement des équipes	4	50%
Manque de temps	5	63%
Conduite du changement	2	25%
Positionnement managérial	3	38%
Sur-sollicitation/interruption de tâches	1	13%
Mal être psychique	1	13%
Recrutements-gestion des compétences	1	13%
Organisation médicale	1	13%



Cadre	Service	Attentes vis-à-vis du SIRH
CRD	Neurologie-HDJ	Compteurs fiables Accès information RH Outil intuitif Possibilité anticipation des plannings 1 année sur l'autre (outil facilitateur)
CP (FFCI)	UCA	Suivi des pointages horaires Automatisation des compteurs Personnalisation de l'outil (intuitif, facile) Accès fiche agent
DS	OPH	Communication entre différents outils (pas de saisie multiple) Automatisation/suivi des compteurs Personnalisation de l'outil Pouvoir gérer les "arrangements donnant-donnant" Gain de temps
EN	Transport patient	Possibilité anticipation des plannings (outil facilitant/gain de temps) Communication absences/DRH Gestion des candidatures/aide à l'embauche Personnalisation de l'outil Alertes (formation) pour gestion de la répartition du personnel
HSDJ	Cslt OPH	Automatisation/suivi des compteurs Communication formation/planning Facilitation des remplacements Alertes Eviction des saisies multiples Gestion des contrats/DUE Personnalisation/commentaires Accès multiples Accès information institutionnelle
SK	SAU	Eviction saisies multiples Automatisation/suivi des compteurs Sauvegarde des données (accès multiples) Gain de temps Fiabilité technique Roulements automatiques Alertes Facilité/intuitivité de l'outil Personnalisation/commentaires
SC	UCA	Automatisation/suivi/fiabilité des compteurs Consultation des pointages Personnalisation/commentaires Possibilité gérer les arrangements "donnant-donnant" Ne veut pas de gestion par cycles Gestion des besoins en personnel facilité (présents versus norme)
YEM	NCH	Automatisation/suivi compteurs Communication dynamique avec DRH (workflow de validation) Communication dynamique avec formation Visualisation planning par agent Eviction saisies multiples Gain de temps Dématérialisation des validations des EVP Personnalisation/commentaires Outil facile/intuitif

Total cadres		8
Attentes vis-à-vis du progiciel de GTA	Nombre concernés	Taux
Automatisation/suivi de compteurs	7	88%
Accès à information RH institutionnelle	2	25%
Simplicité d'utilisation	3	38%
Possibilité d'anticipation des plannings	2	25%
Suivi des pointages horaires	2	25%
Fin des saisies multiples	4	50%
Outil personnalisable	7	88%
Accès à la fiche informative des agents	1	13%
Gain de temps	3	38%
Gestion des arrangements ponctuels	2	25%
Suivi dynamique des justificatifs d'absence	1	13%
Aide au recrutement	1	13%
Systèmes d'alerte	3	38%
Suivi dynamique des formations	2	25%
Aide aux remplacements	2	25%
Accès multiples simultanés	2	25%
Gestion administrative contrats vacataires	1	13%
Fiabilité technique	1	13%
Automatisation des roulements	1	13%
Pas d'automatisation des roulements	1	13%
Validation des EVP en mode Workflow	1	13%
Validation des demandes d'absence en Workflow	1	13%
Visualisation planning individuel par agent	1	13%



Annexe 8 : Feuille de demande de congés annuels

 Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild	UF : DRH	Réf : FE/DRH/923/01
	Nbre de pages : 1/1	Date de création : 01/12/2004 Date de mise à jour : 17/05/2013 Référence HAS : 3 a

DEMANDE INDIVIDUELLE DE CONGES PAYES


(A remettre à votre responsable de service à chaque demande de congés payés)

CADRE A	
Nom _____	Prénom _____
N° Badge _____	
Service _____	N° Matricule _____
Nombre de jours ouvrables auxquels vous avez droit	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Date du premier jour de congé	Date du dernier jour de congé
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Date de reprise à la FOR	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Nombre de congés payés pris	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Solde de congés payés restant à prendre	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
CADRE B	
Mois de _____	
L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D	
A	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
B	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D	
A	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
B	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
<p>A = Indiquer les dates B = Indiquer le motif de l'absence : T = Travail (dernier et premier jour de travail) R = Repos C = congés payés F = Jour Férié A = Absences diverses (à préciser)</p>	
CADRE C	
Réservé au Responsable du service	
Accord <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	Refus <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Observations _____	
Signature du Responsable du service <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	

Fait à Paris, le _____

Signature du salarié

Annexe 9 : Feuille de demande de paiement d'heures supplémentaires

 Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild	UF : DSSI	Réf : FT/DSS/370/02	
	DOMAINE : Management	Nbre de pages : 1/1	Date de création : 20/10/2004 Date de mise à jour : 20/12/2012 Référence HAS : 3c Mots-clés : heures supplémentaires

FICHE D'ENREGISTREMENT : PAIEMENT DES HEURES SUPPLEMENTAIRES

Mois de :

Nom et Prénom :

Qualification : Service :

HS effectuées : Jour :

Nuit :

Date	Nbre heure Hors temps de pause	Heures effectuées dans le service :	Nom du remplacé & Motif

** Les H.S sont rémunérées le mois suivant.
 * A remettre au Service Paie avant le 15 de chaque mois.*

Paris, le :

Nom et signature du Cadre de Soins :

Annexe 10 : Feuille de demande d'échange entre salariés

Fondation Ophtalmologique Rothschild	MODIFICATIONS A APPORTER AU PLANNING DES ASH
---	---

TOUTE MODIFICATION DU PLANNING DES ASH DOIT ETRE TRANSMISE AU CADRE DU SERVICE. LE CHANGEMENT DOIT ETRE VALIDE PAR LA DIRECTION DES SOINS

Aucune modification du planning ne peut être effectuée sans ce document.

	jour	mois	M /Mme	est remplacé par
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				

NOM / MEYNIEL

DATE / 4/12/13

SIGNATURE DU REMPLAÇANT :

SIGNATURE DU REMPLACE :

Revu et approuvé par : **DSSI** Date de mise à jour : 10/10/2013
Diffusion : **CADRES de SOINS**

cadre nuit	3eab pedis	as	nuit	à pourvoir à confirmer par dsii																																	0,0	0,0	0,0										
cadre nuit	3eab pedis	as	nuit		NP			NP	NP	NP																											8,0	8,0	0,0										
cadre nuit	3eab pedis	as	nuit	à pourvoir à confirmer par dsii																																		0,0	0,0	0,0									
cadre nuit	3eab pedis	as	nuit			NP	NP																																5,0	5,0	0,0								
cadre nuit	3eab pedis	as	nuit				ca	ca	ca	ca	NP	NP																											4,0	4,0	0,0								
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit		No	Ns4	R	R	ca	ca					No	No	No	NsO																					7,0	7,0	0,0								
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit		CM			CM	CM	CM								CM	CM																					12,0	0,0	12,0							
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit		No	No		NsO	No	No	No							NsO	NsO																					11,0	11,0	0,0							
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit		R	No			CE	CE	No	Ns5		No	No																									9,0	7,0	2,0							
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit		No		F	F	F			No	No					R	No	No																				10,0	10,0	0,0							
cadre nuit	3eab Oph Ori	as	nuit																																					0,0	0,0	0,0							
cadre nuit	edic Urgences	as	nuit			Nurg	Nurg			Nurg	Nurg							Nsurg	Nsurg					ca	ca	ca	ca	ca	Nurg	Nurg											8,0	8,0	0,0						
cadre nuit	edic Urgences	as	nuit		Nurg	NsRea		Nurg	Nurg	NsRea				NsUsc	NsRea				Nsurg	Nurg	Nurg			NsRea	Nurg	Nurg																9,0	9,0	0,0					
cadre nuit	edic Urgences	branc	nuit																																							0,0	0,0	0,0					
cadre nuit	edic Urgences	branc	nuit		P			P	P					P	P	P																										0,0	0,0	0,0					
cadre nuit	edic Urgences	branc	nuit		P	P			P	P	P																																9,0	0,0	9,0				
cadre nuit	remplacement	branc	nuit																																							0,0	0,0	0,0					
cadre nuit	remplacement	branc	nuit																																								0,0	0,0	0,0				
cadre nuit	nuit pool	as	nuit		N4	N4	N4				Nurg	Nurg																															11,0	11,0	0,0				
cadre nuit	nuit pool	as	nuit					N4	N4	N4																																		11,0	6,0	5,0			
cadre nuit	nuit pool	as	nuit					Abs	Abs																																		0,0	0,0	0,0				
cadre rea	3eab pedis	as	jour																																								0,0	0,0	0,0				
cadre rea	3eab pedis	as	jour																																									0,0	0,0	0,0			
cadre nuit	remplacement	as	nuit																																									2,0	2,0	0,0			
cadre nuit	vacataire	as	nuit																																										0,0	0,0	0,0		
cadre nuit	remplacement	as	nuit																																										3,0	3,0	0,0		
cadre nuit	remplacement	as	nuit																																										0,0	0,0	0,0		
cadre nuit	remplacement	as	nuit																																											0,0	0,0	0,0	
cadre nuit	remplacement	as	nuit																																												1,0	1,0	0,0

édition du 20/05/2018

Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@17-18

TITRE DU DOCUMENT

Valoriser le temps des cadres
Mise en place d'un SIRH à la Fondation Ophthalmologique A. de Rothschild

AUTEUR

Sofia DA SILVA MENDES

MOTS CLÉS

Système d'Information en Ressources Humaines, Gestion des Temps d'Activité, Conduite du changement, Chef de projet, Légitimité professionnelle

KEY WORDS

Human Resource Information System, Time and activity management, Change management, Project manager, Professional legitimacy

RÉSUMÉ

Dans le cadre d'un virage numérique important au sein d'un établissement de santé, la direction décide de l'informatisation du système d'information en ressources humaines. Cette informatisation impacte tout particulièrement les cadres de santé, par la mise en place d'un logiciel de gestion des temps et des activités. L'objectif étant de gagner en efficacité et de libérer le temps des cadres, par l'introduction d'un outil managérial, dynamique et harmonisateur des pratiques. Dans ce contexte, comment le chef de projet, jouissant d'une légitimité fonctionnelle mais non hiérarchique, peut-il accompagner les cadres de santé dans ce changement de pratiques ? Quels leviers managériaux a-t-il à sa disposition ?

Pour mener sa réflexion, l'auteure s'est basée sur des entretiens menés auprès des cadres de santé de l'établissement. Ceux-ci lui ont permis d'identifier leurs attentes mais également leurs réticences. Bien que majoritairement favorables à la mise en place de ce nouvel outil, des barrières culturelles et surtout politiques ont pu être identifiées. Le projet managérial identifie les freins à prendre en compte et les alliances à privilégier. Mais ce projet interroge également la légitimité du chef de projet et l'art et la manière de la développer. Bien plus que hiérarchique, ne serait-elle pas avant tout une expérience de terrain ?

ABSTRACT

As part of an important digital revolution in a healthcare institution, management decided to acquire a new Human Resource Information System (HRIS). This computerization especially impacts the nursing care managers, by the implementation of a new time and activities digital file. The aim of this project is gaining efficiencies and freeing work time for the nurse managers, by the implementation of a new management tool, more dynamics and enable to harmonise practices. In this respect, how can the project manager lead this change of practices, with functional legitimacy but no hierarchical legitimacy? What kind of managerial levers can be used?

To develop her reflexion, the author interviewed the nurse managers of the institution to identify their expectations and oppositions. Although they are largely in favour of the project, cultural and especially political barriers have been identified. The managerial project identifies the oppositions and strategic alliances which should be considered for the success of the project. But this project also questioned the project manager's legitimacy and how to develop it. This legitimacy appears more based on field experience than hierarchical.