PRIX DE L’INNOVATION RH

**Dossier de candidature 2020**

***Pour la 8ème année consécutive, la FHF, l’ADRHESS et nehs proposent de récompenser des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant mis en œuvre des actions innovantes dans le domaine des RH du personnel médical et non médical.***

Tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux peuvent participer en déposant un dossier de candidature **jusqu’au 15 août 2020.**

- Par e-mail à [nadine.driss@sphconseil.fr](mailto:nadine.driss@sphconseil.fr)

- Ou par courrier à l’adresse suivante : SPH Conseil, 1 bis rue Cabanis - 75014 PARIS

*Pour plus d’informations : Nadine DRISS, tél. 01 44 06 84 49*

**PRIX DE L’INNOVATION RH 2020**

**OBJECTIF**

Ce prix récompense et met en valeur des actions innovantes des établissements en matière de politique de ressources humaines pour le personnel médical et non médical. Tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux peuvent y participer.

Ce prix permet de :

* Valoriser le travail de vos équipes et faire connaitre vos initiatives,
* Promouvoir votre établissement,
* Diffuser vos initiatives auprès des autres établissements et permettre ainsi de faire progresser collectivement la politique des RH,
* D’être distingué par la FHF, l’ADRHESS et *nehs*.

**TYPES D’ACTION**

Les établissements peuvent candidater pour des actions menées dans les différents volets de la GRH.

Les projets « candidats » feront l’objet d’une publication sur le site internet de la FHF, sauf avis contraire de votre part.

Plusieurs projets peuvent être primés.

**SÉLECTION DES CANDIDATURES**

La sélection se fera par un jury composé majoritairement de professionnels des établissements de santé et de partenaires institutionnels à partir des critères d’évaluation suivants :

* Une méthodologie développée de façon claire,
* Le caractère innovant du projet,
* Un calendrier d’actions qui démontre que le projet est passé au stade opérationnel,
* L’évaluation de ses résultats et les indicateurs utilisés,
* L’intérêt pour le service public hospitalier,
* Le caractère transposable du projet à d’autres établissements,
* Le travail d’équipe nécessaire à l’élaboration et à la mise en œuvre du projet.

**REMISE DES PRIX**

Les prix seront remis lors des Rencontres RH de la santé qui auront lieu **les 12 et** **13 octobre 2020 à la Cité du vin de Bordeaux**.

Ils feront également l’objet de diffusion dans les supports de communication de la FHF, de l’ADRHESS et de *nehs*.

**PRIX DE L’INNOVATION RH : Dossier de candidature 2020**

**FICHE DÉTAILLÉE**

*(3 pages maximum)*

**Etablissement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** |  |
| **Service** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Ville** |  |
| **Personne référente** |  |
| **Fonction** |  |
| **Tél.** |  |
| **E-mail** |  |

**Domaine(s)** (cochez un ou plusieurs domaines)**:**

Communication interne

Conditions de travail et santé au travail

Coopération entre établissements

Coopération entre professionnels

Dialogue social

Formation et développement des compétences

Gestion RH / Contrôle de gestion

GPMC

Management

Organisation du travail

Politique sociale

Qualité de vie au travail

Autre (préciser) ……………………………………………………………………………………

**Personnel concerné :** PM PNM Ensemble du personnel

**Titre**

**Contexte et objectifs**

**Description du projet, actions réalisées et calendrier**

**Méthode adoptée :** association des différents acteurs, instances…

**Résultats obtenus et modalités d’évaluation :** organisationnel, financier, impact pour les agents et les patients

**Date et signature du Chef d’établissement**

**PRIX DE L’INNOVATION RH : Dossier de candidature 2020**

**FICHE SYNTHÉTIQUE**

*(publiée sur internet)*

**Etablissement :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** |  |
| **Service** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Ville** |  |

**Domaine(s)**

**Titre**

**Résumé** (maximum 10 lignes)**:**

J'autorise la publication de cette fiche sur le site internet de la FHF et dans d’autres supports de communication.

**Date et signature du Chef d’établissement**