



EHESP

Filière des élèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Etat des lieux des protocoles RTT
treize ans après la réforme des 35
heures : du constat d'échec à la
renégociation**

Estelle RAYNE

Remerciements

Mes remerciements à l'AdRHess, dont plusieurs membres m'ont été d'une aide précieuse et dont l'organisation de colloques sur le sujet des renégociations d'accords locaux m'ont permis de trouver une orientation intéressante à ce sujet de mémoire.

Je tiens à remercier Matthieu Girier sans les éclairages techniques de qui je n'aurai pas pu affirmer avec tant d'assurance les explications présentes dans ce mémoire.

Je souhaiterais remercier les nombreuses personnes rencontrées, directeurs des ressources humaines, directeurs d'établissements et directeurs des soins.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Treize ans d'application des protocoles RTT : un constat d'échec	5
1.1 Etat des lieux : que sont les protocoles RTT, que contiennent-ils ?	5
1.1.1 Les incidences des accords sur le nombre de RTT.....	5
RTT et temps de travail effectif : applications différenciées de ce qui génère les droits à récupération du temps de travail	8
1.1.2 Les incidences des protocoles d'accords locaux sur les droits à congés et la définition extensive du temps de travail	9
1.1.3 Quelle est la valeur juridique des protocoles d'accord locaux ?	12
1.2 Impacts financiers et organisationnels des protocoles d'accords locaux relatifs à l'organisation du temps de travail : exégèse d'une réforme qui n'a pas eu les effets escomptés	15
1.2.1 La conséquence des accords locaux en termes de désorganisation des services	15
1.2.2 Impact financier	19
1.2.3 La montée d'un indicateur d'échec : les CET	22
2 Revenir sur les protocoles RTT : mode d'emploi	27
2.1 La phase de réflexion autour du projet de réforme, une étape centrale	28
2.1.1 Faire un chiffrage de la réforme.....	29
A) Le gain immédiat en effectif.....	29
B) L'incidence de la renégociation sur les mensualités de remplacement.....	32
C) Le gain en termes d'activité	34
D) Réformer pour rendre attractif un métier : l'exemple du temps de travail des cadres et l'exemple des 12 heures.....	35
E) Méthodologie de chiffrage et d'arbitrage du projet : les enquêtes et études d'impact	37
2.1.2 Soumettre le projet aux acteurs clés	37
2.1.3 Le choix de la réforme	41
A) Choisir entre une renégociation de la totalité de l'accord ou une renégociation progressive de dispositions.....	41
B) Choisir d'intégrer la renégociation dans une réforme plus importante	43
C) Choisir de mettre en place des compensations.....	44

D)	Choisir le passage aux 35h sans RTT : quelles conséquences en termes d'organisation ?.....	45
E)	Les choix de renégociation réalisés dans divers établissements.....	46
2.2	La phase de négociation et de présentation du projet : le rôle central de la communication.....	47
2.2.1	La phase de présentation aux instances.....	47
A)	Les règles juridiques de consultation des instances	47
B)	La consultation des instances des représentants du personnel et la phase de négociation.....	49
2.2.2	Le rôle de la communication dans la gestion de la renégociation.....	50
A)	La communication active.....	51
B)	La distribution des missions de chacun : la réforme, un jeu de rôles ?.....	53
C)	Faire face aux mouvements de grève et autres mouvements collectifs	54
2.2.3	L'après réforme : de la mise en place des nouvelles organisations à l'évaluation.....	56
A)	La réfection des plannings	56
B)	La réfection/création du guide de gestion du temps de travail (GTT)	58
C)	La communication sur l'accord renégocié.....	58
D)	Evaluation des nouvelles organisations	59
	Conclusion.....	60
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	VI

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ARTT : aménagement de la réduction du temps de travail
ADRHESS : Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux
RTT : réduction du temps de travail
PRE : plan de retour à l'équilibre
CET : Compte épargne-temps
ARS : agence régionale de santé
EPS : établissement public de santé
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
T2A : tarification à l'activité
DRH : directeur/direction des ressources humaines
DAF : dotation annuelle de fonctionnement
CME : commission médicale d'établissement
PH : praticien hospitalier
RH : repos hebdomadaire
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie
FHF : fédération hospitalière de France
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
ESSMS : établissement sanitaire, social et médico-social
GH : groupe hospitalier
CTE : comité technique d'établissement
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
ASH : agent de service hospitalier
CSP : code de la santé publique
IDE : infirmier diplômé d'Etat
AS : aide-soignant
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
IGAS : inspection générale des affaires sociales
ETP : équivalent temps plein
CH : centre hospitalier
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

PM : personnel médical

PNM : personnel non médical

GHT : groupement hospitalier de territoire

RAFP : retraite additionnelle de la fonction publique

IHTS : indemnité d'heures de travail supplémentaires

Introduction

À l'occasion d'un débat au Sénat sur les 35 heures à l'hôpital le 27 février 2014, la ministre de la Santé Marisol Touraine déclarait que « *les spécificités de l'hôpital y ont rendu la mise en œuvre des 35 heures plus difficile que dans d'autres secteurs* ». Dans les établissements de santé, les 35 heures ont trouvé leur traduction dans des protocoles RTT qui ont figé des organisations aujourd'hui remises en cause.

Historique

La réforme des 35h a été engagée dès l'année 2000 par Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité. La réussite de la réforme était un engagement politique fort du gouvernement de Lionel Jospin. Sa transposition à l'hôpital s'est traduite par le protocole du 27 septembre 2001¹, avant même que la loi ne soit votée par le Parlement. Ce protocole, à l'origine des négociations d'accords locaux sur la RTT dans les hôpitaux, spécifie que « *chaque établissement recherche par la négociation avec les organisations syndicales représentatives un accord local sur l'organisation du temps de travail dans le cadre de la réduction du temps de travail* ». L'accord national prévoyait notamment l'octroi de jours de RTT en fonction de la durée de travail hebdomadaire retenue : 20 jours maximum de RTT pour un maintien à 39 heures, 18 jours pour 38 heures, 12 jours pour 37 heures et enfin 6 jours de RTT pour 36 heures. Le dispositif s'est accompagné d'un plan prévisionnel de recrutement et, dès 2002, de la mise en place de comptes épargne temps (CET) : 45 000 emplois devaient être créés en 3 ans dans la FPH. La responsabilité de la mise en œuvre de ces accords locaux a été confiée aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) chargées d'organiser un « cadrage de la négociation locale ». La pression a été très forte de la part des ARS à engager une négociation. La plupart d'entre elles ont alors choisi la méthode suivante : l'attribution des moyens supplémentaires censés compenser les effets de l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (ARTT) était fonction de la « qualité » des accords signés². L'incertitude sur la date du vote de la loi, sur les moyens que les ARH étaient réellement en mesure de mettre à disposition des hôpitaux, et la nécessité pour les hôpitaux de disposer des moyens de pallier à la baisse du temps de travail engendrée par les 35h les

¹ Protocole signé par quatre organisations syndicales de la FPH : CFDT, UNSA, SNHC et CGT. Et le gouvernement

² Cf compte rendu de la réunion du 19 novembre 2001 à l'ARH Pays de la Loire sur la répartition de l'enveloppe régionale relative à l'aménagement et réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière ou encore le courrier en date du 4 juin 2002 du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France aux Hôpitaux de Saint Maurice Esquirol indiquant que « *Du point de vue pratique, un équilibre est donc à négocier entre réduction quotidienne et attribution de jours RTT. Lorsqu'un accord aura été trouvé, l'ARH pourra majorer le nombre d'emplois créés comme elle l'a fait pour les autres établissements franciliens. Par ailleurs, et en vue de favoriser la conclusion d'un accord [...]* »

ont poussé à négocier des accords locaux de façon très rapide. D'autant plus que la période correspondait à une importante pénurie de soignants, notamment d'infirmiers en Ile-de-France. La signature d'accords sur l'organisation et l'aménagement du temps de travail s'est multipliée entre 2001 et 2002 pour arriver aujourd'hui à ce qu'environ 91% des établissements publics de santé français disposent d'un tel accord³.

Ces accords ont non seulement été négociés dans la précipitation, mais également sans que soient réellement pesées les conséquences de ceux-ci, notamment en termes financiers et organisationnels. Des négociations d'une telle ampleur étaient inédites dans les hôpitaux, les DRH n'avaient pas les connaissances, les outils nécessaires ni une vision claire de l'orientation que prendrait la réforme ; ce qui représentait un effet d'aubaine considérable pour les organisations syndicales. A cela se sont ajoutées la crainte des conflits sociaux dans une période où les grèves représentaient la seule réelle contrainte d'action des directeurs, les difficultés financières des hôpitaux qui représentent n'étant pas aussi prégnantes au temps de la Dotation Annuelle de Financement⁴.

Avec le recul on a pu voir que les budgets qui étaient censés venir pallier les conséquences de la réforme des 35 heures sont venus compenser les effets de la mise en place de la T2A, intervenue deux ans après, alors que tous les moyens n'avaient pas encore été attribués aux hôpitaux pour la réforme du temps de travail.

La conséquence de ces négociations faites de façon non concertée et précipitée par les hôpitaux est une grande diversité de statuts et de régimes horaires⁵ avec 61 % des personnels en établissement de soins qui sont en horaires atypiques⁶. Cette grande diversité dans l'application du décret de 2002 se retrouve même entre des établissements présentant des caractéristiques similaires, qui ne sont pas uniquement le produit de la diversité des situations antérieures à 2002.

13 ans après : les réformes hospitalières ont grevé les finances des établissements et ont fortement encadré le temps de travail médical.

Treize ans après leur mise en œuvre, ces accords locaux sont remis en cause de toutes parts. La première raison est financière. En effet ces accords ont mis en place des mesures plus avantageuses en termes de jours de congés ou de RTT que ce que prévoyait la réglementation, voire ont créé des dispositions extraréglementaires, qui

³ Enquête FHF 2014, 2002-2014- L'organisation du temps de travail toujours en débat

⁴ L'enquête de la FHF note ainsi que « *La mise en place des 35 heures a été, dans la plupart des établissements, l'occasion d'une large concertation, avec comme objectifs principaux l'obtention de moyens et le maintien de la paix sociale. Peu d'établissements ont pris en compte les effets induits par*

⁵ 19 cycles de travail différents pour les personnels non médicaux rien qu'à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris

⁶ Enquête Insee-Dares, Conditions de travail, 2005

aujourd'hui se mesurent en millions d'euros par an pour les hôpitaux. A tel point que la FHF demande clairement au législateur que soit fixé un plafond de 15 RTT par an.

Le second point mis en avant par les détracteurs des protocoles est leurs incidences organisationnelles. Si la RTT a été présentée comme facteur d'un plus grand équilibre vie privée-vie professionnelle, ce constat doit être nuancé. Treize ans après la réforme, la transposition de la loi par les établissements dans des protocoles RTT, a plutôt eu pour conséquence principale de sanctuariser des organisations de travail devenues obsolètes et coûteuses. Les difficultés de recrutement conjuguées à la réduction du temps de travail et l'impossibilité créée par les protocoles de réfléchir à partir d'un cadre organisationnel nouveau n'ont en réalité pas permis aux agents de bénéficier pleinement de la réforme et a généralisé des organisations à flux tendu générant de la tension.

Alors que le gouvernement demande aux hôpitaux de faire 3 milliards d'économies entre 2015 et 2017 dans le cadre du plan triennal d'économies dit « plan ONDAM », la question d'une renégociation des protocoles RTT se pose de plus en plus forte. Surtout dans une structuration budgétaire où la masse salariale représente presque 70% du budget d'un établissement de santé.

Objet du mémoire

L'objet de ce mémoire est double : apporter un panorama des protocoles d'accords locaux sur l'aménagement du temps de travail dits « protocoles RTT » en 2015, leur contenu et leurs conséquences (I) ; et proposer un schéma de renégociation de ces protocoles à partir de plusieurs expériences locales (II).

Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause les 35 heures, mais de discuter ouvertement des protocoles qui ont accompagné leur mise en œuvre, d'en analyser leurs contours, incidences, valeur et utilité. Ce ne sont pas les conséquences des RTT qui sont analysées mais celles des accords locaux organisant leur mise en œuvre.

Ce mémoire a pour objectif d'apporter une réponse à la question suivante : quel bilan les hôpitaux font-ils aujourd'hui des protocoles RTT et quelles sont leurs marges de manœuvre et outils pour envisager une renégociation de ceux-ci ?

Le mémoire propose alors une analyse de différents protocoles et de différentes renégociations réalisées par des établissements publics de santé. Il ne s'attache pas à décrire une renégociation dans un établissement mais apporte une vision plus large des outils et méthodes utilisés. Il correspond à une proposition du directeur d'établissement où se trouvait l'élève directeur.

1 Treize ans d'application des protocoles RTT : un constat d'échec

La conséquence des négociations locales mises en place après la publication du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé a été la mise en place de protocoles très divers avec des dispositions très favorables aux agents, et qui ont enfermé les hôpitaux au moment du passage à la T2A (1.1). Ces protocoles représentent en effet un coût non négligeable, tant en termes financier qu'en termes d'organisation. La remise en cause de ces protocoles actuellement a amené les établissements à montrer leurs limites, juridiques d'abord, puis pratiques, avec la mise en lumière des comptes-épargne temps qui démontrent que la prise des nombreux congés RTT n'est pas si aisée à l'hôpital. (1.2)

1.1 Etat des lieux : que sont les protocoles RTT, que contiennent-ils ?

Il est difficile d'avoir une vision globale des protocoles RTT dans les hôpitaux publics, en raison de leur nombre important. Quelques enquêtes ont cependant été menées, et donnent un aperçu de ce qui existe au niveau national et dans certaines régions.

La FHF a réalisé une enquête en 2014 sur les accords RTT⁷, à laquelle 152 établissements ont répondu, dont 86% de CH, et 11% de CHU. La conférence régionale des DRH FHF d'Ile-de-France a également réalisé une enquête sur la gestion du temps de travail dans les hôpitaux publics d'Ile-de-France : 49 hôpitaux y ont répondu.

Selon l'enquête FHF, 91% des établissements ont négocié un protocole d'accord local. En Ile-de-France ce chiffre est de 96% selon l'enquête DRH FHF Ile de France.

Quelles sont les dispositions principales de ces accords ? Dans quelle mesure sont-ils vraiment contraignants ?

1.1.1 Les incidences des accords sur le nombre de RTT

Le contenu de ces protocoles locaux diffère sensiblement d'un établissement à un autre. Pour ce qui est du nombre de jours de RTT octroyés, principale disposition des protocoles d'accord locaux, ils vont de 0 à plus de 20 jours. La très grande majorité des hôpitaux ayant un protocole accordent 15 jours de RTT ou plus (dont 31% avec 15 jours de RTT). Le nombre de RTT est encadré par les articles 10 et 11 du décret de 2002 :

« Les agents bénéficient d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail qui doivent ramener leur durée de travail moyenne à 35 heures

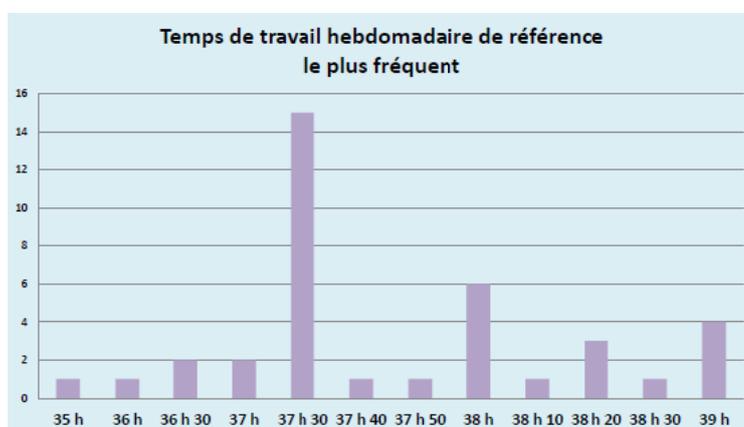
⁷ Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

hebdomadaires. Ces jours et ces heures peuvent être pris, le cas échéant, en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an. »

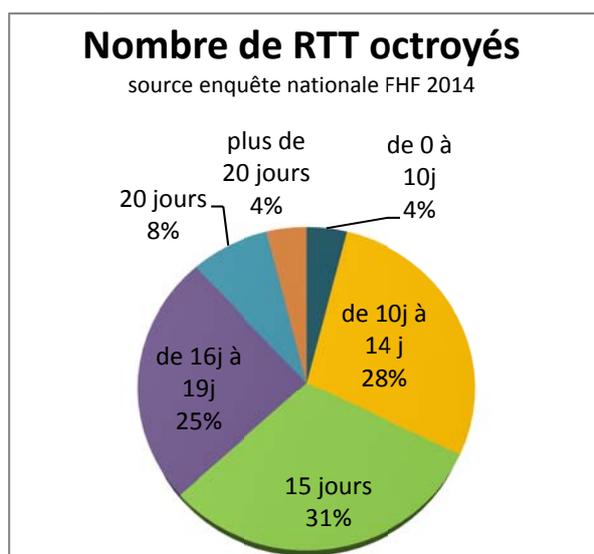
« Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il est, notamment, de : 18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires ; 12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires ; 6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires ; 3 jours ouvrés par an pour 35 h 30 hebdomadaires.

Pour un travail effectif compris entre 38 h 20 et 39 heures, le nombre de jours supplémentaires de repos est limité à 20 jours ouvrés par an. Il ne peut être effectué plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires, ni plus de 44 heures par semaine, hors heures supplémentaires, en cas de cycle irrégulier. »

En Ile-de-France, 53% des établissements allouent entre 10 et 15 RTT, et 35% de 16 à 20 RTT. Le temps de travail hebdomadaire est très majoritairement de 37h30 dans la région. 35% des établissements y accordent entre 16 et 20 RTT, et 36% de ces établissements ont un temps de travail hebdomadaire entre 37h40 et 38h30⁸. Enfin dans 10% des cas le temps de travail hebdomadaire de



référence est de 39h et l'enquête des DRH FHF d'Ile-de-France note que 5% des établissements accordent plus de 20 RTT, au-delà de la limite autorisée par la



réglementation. L'enquête nationale relève que les établissements dont les accords prévoient plus de 20 jours de RTT sont majoritairement des établissements ayant une activité principale en psychiatrie.

La méthode mise en place le plus fréquemment a été de préciser dans les protocoles RTT le nombre de RTT accordés en fonction de la durée de travail hebdomadaire du salarié. Ainsi l'AP-HP a choisi d'instaurer dans son

protocole 18 jours de RTT et 2 jours dits « forfait protocole » pour les personnels en 7h36 soit 38 heures par semaine, soit 2 jours de plus que ne le prévoit le mode de calcul de la

⁸ Schéma « temps de travail de référence le plus fréquent » : source : enquête des DRH Ile de France FHF

réglementation ; 20 RTT et 4 jours de « forfait protocole » pour les personnels en 7h50, soit 39h10 par semaine (soit + 4 jours) et le protocole RTT a ajouté une disposition pour les agents de nuit en 10h, pour qui le décompte en jours de récupération intègre 2 jours de « forfait protocole » pour les agents de nuit.

Dans d'autres hôpitaux, plus rares, la méthode mise en place a même parfois été d'adopter une durée théorique hebdomadaire locale différente de la durée légale⁹. On peut ainsi retrouver une durée théorique locale est de 37h30 hebdomadaire de jour, soit 7h30 par jour, 35 h de nuit soit 7h par nuit et 39 h pour les cadres (pour rappel, la durée légale est de 35h de jour et de 32h30 de nuit). Certains hôpitaux ont choisi d'associer cela à une non-annualisation du temps de travail, pour le personnel de jours comme de nuit. En conséquence tous les salariés bénéficient de jours de RTT en référence à la durée locale. Une telle disposition amène alors à attribuer des jours de RTT à tous les agents, même ceux qui sont en 12 heures ou en 10 heures de jour comme de nuit, alors même qu'ils bénéficient des repos compensateurs réglementaires censés intégrer la spécificité de leur cycle de travail. Le protocole est ainsi allé au-delà du cadre de ce qui était autorisé à négocier.

Pour les personnels médicaux, un protocole spécifique a été signé en 2001, avec l'octroi de 20 jours de RTT à compter de 2002. Par ailleurs, depuis 2003, les gardes sont comptées dans le temps de travail.

Les protocoles d'accord locaux aménagent généralement des dispositions particulières au temps de travail des cadres. Certains protocoles accordent un nombre de RTT différent en se basant sur une durée hebdomadaire de travail supérieure aux agents (généralement 39h), d'autres accordent ces jours de RTT sans se baser sur une durée de travail spécifique. Deux modes de décompte du temps de travail des cadres existent : le forfait ou le décompte horaire. 86% des établissements de l'échantillon pris en compte par l'enquête nationale réalisée par la FHF en 2014 ont opté pour un calcul du temps de travail au forfait. En Ile-de-France, 73% des établissements utilisent le forfait cadre (65% à l'AP-HP). Le nombre de jours de RTT généralement accordés aux cadres y est majoritairement de 20 RTT (62% des établissements), quand 15% des établissements accordent plus de 20 RTT et 23% moins de 20 par an. A noter que 76% des établissements d'Ile de France n'indemnisent pas les heures supplémentaires des cadres. Cette spécificité des cadres est expliquée à l'AP-HP¹⁰ par le fait que pour favoriser le passage au forfait des cadres, les protocoles locaux ont attribué des jours de RTT supplémentaires dits « journées forfait protocole ». Ainsi à l'AP-HP ce sont majoritairement 6 jours qui ont été accordés aux cadres en plus des 20 RTT

⁹ Exemple : Le Centre hospitalier intercommunal de Créteil

¹⁰ AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015 (document communiqué aux syndicats en mai 2015 dans le cadre de la réforme du temps de travail engagé par l'assistance)

réglementaires pour 39 heures de travail hebdomadaire, soit 26 jours au total au lieu des 20 jours fixés par le décret.

RTT et temps de travail effectif : applications différenciées de ce qui génère les droits à récupération du temps de travail

Si l'article 11 du décret de 2002 encadre les conditions d'attribution des RTT en conditionnant leur déclenchement à un nombre de jours de travail effectif¹¹, les protocoles RTT ont souvent attribué ces jours de façon forfaitaire et détachée du travail accompli pour ne le justifier que par un nombre d'heures de travail hebdomadaire de référence. Ces jours sont appelés « jours protocole » ou encore « jours trimestriels ».

Aussi beaucoup d'hôpitaux n'appliquent pas un système où les absences viennent diminuer les droits à RTT. Parfois le système est même très subtil, en attribuant une proportion de RTT seulement¹².

Pour ce qui est des absences pour raison de maladie, la règle a pendant longtemps été floue. La jurisprudence administrative a rendu plusieurs décisions contradictoires¹³ sur le sujet, tandis que le législateur et le ministère sont venus plusieurs fois affirmer la règle selon laquelle les absences ne généraient pas l'accord de jours de RTT. Les tribunaux ont à plusieurs reprises utilisé l'argument selon lequel « *le droit au congé maladie prévu par l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 fait obligation de prendre en compte, pour le calcul des durées annuelles de travail effectif, le temps pendant lequel les agents sont en congés maladie ; que la définition de la durée de travail effectif donnée par l'article 2 du décret du 25 août 2000 n'a pas pour objet, et ne saurait avoir légalement pour effet, d'exclure du temps de travail effectif le temps des congés maladie* »¹⁴ La loi de finances du 29 décembre 2010 a mis fin aux contentieux en indiquant que, dorénavant les congés maladie ne pouvaient générer de droits à RTT¹⁵. La circulaire NOR MFPF120221C

¹¹ « Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. » article 11 du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹² Ainsi à l'AP-HP, « lorsqu'un agent, rentrant dans le cadre d'un décompte horaire journalier supérieur à 7 heures, ne peut effectuer la durée du temps de travail quotidien prévu dans le roulement en raison d'une absence, il est considéré comme avoir accompli le 5ème de ses obligations de service prévues en moyenne sur le cycle. Pour le travail en 10 heures, le décompte se fait sur la base de 10 heures, dans la limite de 20 jours par an, pour les absences congés familiaux et au-delà du plafond pour une absence pour formation ou autorisation d'absence syndicale. Pour les agents en 12 heures, et dans la limite de 6 jours, la même règle s'applique et le décompte de l'absence se fait en 12 heures. » AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015 (document communiqué aux syndicats en mai 2015 dans le cadre de la réforme du temps de travail engagé par l'assistance)

¹³ TA Lille, 9 octobre 2012 de Kepper et Szyndler ; TA Montpellier, 23 mai 2012 de Bonfanti ; CAA, 11 février 2008 de Bonfanti, CAA Nantes, 30 juin 2009 FO vs CHS de la Sarthe.

¹⁴ TA Lille, 9 octobre 2012 de Kepper et Szyndler

¹⁵ Article 115 : « La période pendant laquelle le fonctionnaire relevant de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou l'agent non titulaire bénéficie d'un congé pour raison de santé ne peut générer de temps de repos lié au dépassement de durée annuelle du travail. »

relative aux modalités de mise en œuvre de l'article 115 de cette loi a été mise en application le 18 janvier 2012. Dans ces conditions, il appartiendra à chaque agent concerné qui le souhaite, d'adresser un recours demandant le rétablissement de ses droits pour la période du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2010.

Malgré cela, la pratique est restée la même dans de nombreux hôpitaux qui n'ont pas renégocié leur protocole RTT pour le conformer à la législation.

Pour ce qui est de l'incidence des absences et congés autres sur els droits à RTT, la situation réglementaire n'est pas réglée, notamment l'incidence des congés bonifiés, des absences pour motif familial (mariage, décès, enfant malade, maternité hors congé pathologique, accompagnement de fin de vie et maladie grave...) et congés maternité sur les droits à RTT, conduisant à sur-comptabiliser le temps d'absence des agents.

La question des jours de formation se pose également, dans la mesure où elle ne correspond pas à la durée de travail (7h36, 7h48...). Les hôpitaux ont des pratiques différentes sur ce point. L'étude nationale de la FHF a montré que pour 52% des établissements, une journée de formation ne génère pas de droit à RTT ; pour 24%, le temps de formation est décompté au réel.

L'application différenciée de la règle d'attribution des RTT en fonction de la durée de travail effectif a amené d'autres hôpitaux à inscrire dans leur protocole RTT des dispositions de même type : ainsi le Centre hospitalier intercommunal de Créteil a mis en place dans son protocole la non proratisation des congés et RTT pour les salariés à temps partiel, ou encore le fait qu'un salarié partant à la retraite a droit au bénéfice de la totalité de ses jours de congés annuels sans en faire la demande, même s'il part au 1er janvier. On retrouve également dans le « Chronoguide » du Centre hospitalier intercommunal de Créteil la garantie selon laquelle les agents en repos variable récupèrent tous les jours fériés travaillés, quand ailleurs, le travail les jours fériés est généralement inclus dans le calcul de l'obligation annuelle.

1.1.2 Les incidences des protocoles d'accords locaux sur les droits à congés et la définition extensive du temps de travail

De nombreux protocoles prévoient en outre des jours de congés extraréglementaires. Il en va ainsi des jours de « médailles » qui existent dans 35% des hôpitaux franciliens. Par exemple à l'AP-HP, est accordé 1 jour ouvrable pour la médaille d'argent, 2 pour la

médaille vermeil, et 3 jours pour la médaille d'or. Les médailles peuvent être accordées par arrêté préfectoral aux agents remplissant une certaine durée d'ancienneté, mais le texte¹⁶ créant ces médailles n'a pas prévu que des jours de congés supplémentaires soient accordés par cette distinction.

De nombreux protocoles prévoient également que des jours de sujétion soient accordés aux agents avant le seuil réglementaire des 20 jours par an. Ainsi en Ile de France 53% des structures allouent des jours de sujétion dès 10 dimanches et jours fériés par an. De même certains protocoles ont rendu possible la récupération des jours fériés par les agents en repos fixe (39% des hôpitaux franciliens)¹⁷.

En matière de droits à congés, les heures dues déclenchées par les différentes dispositions protocolaires sont reportées sur l'année suivante en totalité dans 41% des cas, partiellement pour 48% des structures. Selon l'enquête réalisée en Ile de France, 56% des établissements ont cependant instauré une date limite de report de congés.

L'extension des possibilités accordées par les dispositions réglementaires, que l'on retrouve dans les protocoles d'accord locaux, s'observe également sur l'automatisation des trois jours de congés supplémentaires, normalement accordés si l'agent fractionne ses congés, même si ils ne sont pas fractionnés, qui concerne quelques établissements en France. Ou encore des jours accordés forfaitairement par le protocole RTT de type journée du directeur, jour du maire, jours accordés aux agents de nuit, jour de fête des mères, jour de rentrée des classes, jours pour le départ en retraite, jours de présentisme, etc. Ces jours vont de 1 à 3 jours selon les établissements¹⁸.

A cela s'ajoutent les autorisations d'absence spécifiques définies dans les protocoles d'accord locaux, généralement accordées sous nécessités de service : dans certaines structures les salariés bénéficient d'une autorisation d'absence pour participer à un conseil de classe ou à un conseil d'école, pour aller consulter chez un médecin ou une sage-femme au sein de l'hôpital ou à l'extérieur, etc.

Temps de repas et d'habillage

La plupart des protocoles RTT ont des dispositions relatives au temps de repas ou de pause et/ou au temps d'habillage et de déshabillage (respectivement 86% et 82%)¹⁹.

¹⁶ Décret n° 87.594 du 22 juillet 1987 portant création de la médaille d'honneur régionale, départementale et communale

¹⁷ Enquête conférence des DRH FHF Ile de France précitée

¹⁸ *ibid*

¹⁹ Rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail

La réglementation²⁰ encadre définit pourtant strictement le temps de travail effectif, et le temps de pause et le temps d'habillage et de déshabillage. Le temps de pause évoqué dans la réglementation ne concerne que les agents ayant travaillé six heures consécutives. Pourtant elle précise également que « Des dispositions conventionnelles plus favorables peuvent fixer un temps de pause supérieur »²¹

La réglementation laisse ainsi une marge de manœuvre importante aux établissements, qui ont régi ces dispositions dans leurs protocoles relatifs à la RTT.

Pour ce qui est du temps d'habillage/déshabillage, qui est considéré comme du temps de travail effectif, la réglementation laisse à la discrétion des établissements la détermination de sa durée. Beaucoup d'établissements l'évaluent à 10 minutes par service (exemple de l'AP-HP) et rares sont les établissements où ce temps a été forfaitisé. C'est pourtant le cas dans un GH de l'AP-HP pour le service de réanimation (3 à 4 repos (RR) annuels).

Pour ce qui est du temps de restauration, la situation est très variable selon les établissements, malgré le fait que le temps de travail effectif soit défini très strictement. Selon l'étude nationale de la FHF²², la moitié des structures hospitalières considèrent le temps de repas comme du temps de travail effectif. La situation est un peu différente en Ile-de-France, où cette proportion s'élève à 65% des établissements, mais où 12% des établissements maintiennent partiellement le temps de repas sur le temps de travail²³. Cette application partielle se retrouve dans certains hôpitaux, où le temps de repas n'est inclus dans le temps de travail que pour les agents travaillant en journée continue dans les services de soins (même au-delà des vingt minutes réglementaires), ou encore des établissements où le temps de repas comme temps de travail effectif n'est accordé qu'aux soignants. Ainsi en Ile-de-France il a été observé que « les modalités de prise en compte du temps de repas sont identiques pour tous les agents dans 77% des établissements, différentes selon les catégories dans 23% des cas. »²⁴.

La plupart des établissements qui incluent le temps de repas dans le temps de travail accordent une pause de 30 minutes. Certains justifient cette mesure par l'éloignement du self par rapport au lieu de travail, beaucoup ne la justifient pas.

²⁰ « La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif. » Article 5 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

²¹ « Dès que le temps de travail quotidien atteint six heures, le salarié bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de vingt minutes » Article L3121-33 du code du travail

²² FHF « 2002-2014-l'organisation du temps de travail toujours en débat », 24 septembre 2014

²³ Enquête conférence des DRH FHF Ile de France (2012) précitée

²⁴ ibid

Dans la pratique cette disposition a peu d'influence sur les effectifs soignants puisque ceux-ci ont droit à une pause de vingt minutes après six heures de travail échues. La mesure a donc surtout un impact sur les agents administratifs qui travaillent rarement six heures consécutives. En outre la mise en place d'une telle mesure n'est pas possible dans tous les secteurs et doit tenir compte de dispositions particulières concernant, notamment, les établissements spécialisés en psychiatrie.

1.1.3 Quelle est la valeur juridique des protocoles d'accord locaux ?

Avec la réalité de plus en plus patente d'un décalage entre les engagements fixés dans les protocoles d'accord local d'une part, et l'évolution de la réglementation hospitalière, les grandes réformes et surtout les besoins de l'hôpital d'autre part, les protocoles RTT ont rapidement été regardés comme un handicap important par les administrations des hôpitaux. Ces difficultés ont amené les hospitaliers à interroger l'Etat et le juge sur la valeur juridique réelle de ces accords. Point de situation en 2015.

Ainsi que le précise la circulaire du 22 juin 2011 relative à la négociation dans la fonction publique, « *Les stipulations d'un accord ne sont pas par elles-mêmes source de droit et ne lient pas juridiquement l'administration* ».

Aussi les accords locaux relatifs à la RTT sont des dispositifs essentiellement protocolaires. La jurisprudence a indiqué dès 1989 qu'un « *protocole d'accord [...] constitue une « déclaration d'intention » dépourvue de valeur juridique et de force contraignante* »²⁵. Le juge ajoute même qu'un accord local « *n'a pas le caractère d'un acte susceptible de recours devant le juge administratif* »²⁶. Même si accords de Bercy du 2 juin 2008, puis la loi sur la rénovation du dialogue social du 5 juillet 2010 ont consacré la valeur juridique de la négociation dans le statut général, en fixant notamment des critères de validité des protocoles d'accords, la circulaire du 22 juin 2011 rappelle que cela « *ne remet pas en cause la situation statutaire et réglementaire dans laquelle sont placés les fonctionnaires vis-à-vis de l'administration (article 4 de la loi du 13 juillet 1983)* ». La loi du 5 juillet 2010 vient confirmer cela en indiquant que « *la fonction publique de statut et de carrière conserve ses spécificités, notamment l'absence d'impact juridique d'un accord conclu dans son champ sur les dispositifs légaux et réglementaires* ».

Le protocole national sur la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, signé le 27 septembre 2001 et à l'origine des négociations d'accords locaux sur la RTT dans les hôpitaux, avait pourtant organisé ce dispositif de consultation

²⁵ CE, 27 octobre 1989, n°102990, Syndicat national des ingénieurs des études et de l'exploitation de l'aviation

²⁶ CE, 19 juin 2006, n°279877, Syndicat national unifié des impôts

en spécifiant que « *chaque établissement recherche par la négociation avec les organisations syndicales représentatives un accord local sur l'organisation du temps de travail dans le cadre de la réduction du temps de travail (RTT)* ».

La loi du 5 juillet 2010 venant modifier l'article 8 bis de la loi dite Le Pors²⁷ confirme le rôle des syndicats dans la négociation en indiquant que « *Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives : 1. Aux conditions et à l'organisation du travail, et au télétravail ;* ».

Mais le pouvoir de négociation des organisations syndicales, ainsi que celui d'être signataire de protocoles d'accords, ne remet pas en cause le pouvoir réglementaire de l'autorité administrative, dont il est l'unique dépositaire. Ainsi un accord pour avoir une valeur juridique doit avoir fait l'objet d'une transposition par un acte réglementaire. La signature par un chef d'établissement d'un accord ne lui donne pas force juridique mais l'autonomie juridique des établissements suppose que la décision du directeur vaut jusqu'à ce qu'elle soit remise en cause par un juge.

Le rôle du chef d'établissement dans la détermination de l'organisation de travail, a été confirmée en parallèle dès 2002, par le décret du 4 janvier indiquant que « *L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit.* »²⁸. Le chef d'établissement a ainsi l'obligation de fixer les règles relatives au temps de travail, et rien ne l'oblige à reprendre les dispositions des accords locaux. Le décret du 4 janvier 2002 ajoute en son article 15 que « *Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation. Les conditions de la compensation ou de l'indemnisation sont fixées par décret. Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire.* »

La loi HPST²⁹ donne de nouveaux pouvoirs au directeur d'établissement, et confirme le pouvoir du directeur en matière d'organisation du temps de travail, en inscrivant dans le Code de la santé publique que « *le directeur... 14°) À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos.* »³⁰. Cela suppose une liberté du chef d'établissement une fois constaté l'échec de la négociation.

²⁷ Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

²⁸ Article 8 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

²⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

³⁰ article L 6143-7 du Code de la santé publique

Finalement, la négociation à l'hôpital doit plutôt être regardée comme une concertation³¹ avec la garantie de la consultation obligatoire des instances de représentation du personnel (CTE et CHSCT) pour les questions relatives à l'organisation du travail. Le cadre juridique de cette concertation sociale est caractérisé essentiellement par le rôle du chef d'établissement et l'importance de ses prérogatives en matière d'organisation du travail. Les procédures de concertation et la procédure d'élaboration du texte réglementaire obéissent à des logiques différentes et ne peuvent pas être confondues. C'est pourquoi il n'est pas possible qu'existe une coproduction de règles par le directeur de l'établissement et les représentants du personnel, la décision de l'autorité détenant le pouvoir réglementaire prévalant toujours.

Il faut également noter que depuis l'adoption en 2002 des accords locaux sur le temps de travail, les règles de validité des accords sont devenues plus exigeantes, faisant perdre une partie de la valeur symbolique de ces accords comme « accords du personnel ». En effet depuis les accords de Bercy du 2 juin 2008, puis la loi sur la rénovation du dialogue social du 5 juillet 2010 les règles de représentativité syndicale et de validité des accords ont considérablement évolué. Les textes ne reviennent pas sur la question de la validité juridique des accords mais précisent les critères de leur « validité politique » : à compter de 2014, seuls les accords signés par une ou plusieurs organisations syndicales ayant recueilli au moins 50 % des voix lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau où l'accord est négocié, seront valides³². La plupart des accords locaux négociés en 2002 n'ont à l'époque pas rempli ces conditions requises aujourd'hui pour rendre valide un accord. Cela ne change cependant rien au fait que ces règles de validité ne peuvent être regardées comme des conditions de la légalité des actes réglementaires ou des décisions intervenant pour mettre en œuvre ces accords, la négociation ou la signature d'un accord ne constituant pas en soi des étapes de l'élaboration du texte réglementaire. Mais ces règles jettent un peu plus le discrédit sur ces accords jugés aujourd'hui obsolètes.

Si l'absence d'effet juridique immédiat des accords locaux n'est aujourd'hui plus à prouver, il faut cependant rappeler que ceux-ci constituent des « *engagements moraux forts qui leur donne une force contraignante et engagent les parties signataires* »³³ ainsi que le souligne l'AP-HP. Arguer de l'argument de l'illégalité n'est en outre souvent pas

³¹ Note Santé RH 2009 : la gestion du temps de travail du personnel non médical à l'hôpital en 2009 : contraintes, opportunités et marges de manœuvre.

³² Vie publique, la rénovation du dialogue social dans la fonction publique

³³ AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015 (document communiqué aux syndicats en mai 2015 dans le cadre de la réforme du temps de travail engagé par l'assistance)

audible pour les personnels et jette le discrédit sur les directions précédentes. La critique générale des hospitaliers sur ces protocoles vient donc d'ailleurs.

C'est dans les conséquences de l'application quotidienne de ces protocoles depuis treize ans qu'il faut rechercher les causes de la remise en cause partagée de ceux-ci. Etat des lieux d'un constat d'échec généralisé.

1.2 Impacts financiers et organisationnels des protocoles d'accords locaux relatifs à l'organisation du temps de travail : exégèse d'une réforme qui n'a pas eu les effets escomptés

Si la RTT a été présentée comme facteur d'un plus grand équilibre vie privée-vie professionnelle et par là un moyen de réduire l'absentéisme et la pénibilité, ce constat doit être nuancé. Treize ans après la réforme, la transposition de la loi par les établissements dans des protocoles RTT, a plutôt eu pour conséquence principale de sanctuariser des organisations de travail devenues obsolètes et extrêmement coûteuses. Les difficultés de recrutement conjugués à la réduction du temps de travail et l'impossibilité créée par les protocoles de réfléchir à partir d'un nouveau cadre organisationnel n'ont en réalité pas permis aux agents de bénéficier pleinement de la réforme et a plongé de nombreux hôpitaux dans un gouffre financier inextricable.

1.2.1 La conséquence des accords locaux en termes de désorganisation des services

La mise en place des RTT et leur inscription dans le marbre dans les protocoles RTT ont contribué à générer de la tension dans les hôpitaux.

Une étude de la DREES en 2009³⁴ est venue préciser ce sentiment de complexification des organisations de travail dans les hôpitaux publics. Ainsi à la question « Depuis 2003, pour les salariés ayant à faire face à des pointes d'activité, ces dernières se sont... ? » 53% des agents du secteur de la santé déclarent qu'elles se sont accentuées, et 58% pour les IDE et les AS, les médecins 48%³⁵. L'enquête de la Drees met en lumière la désorganisation des plannings dans le secteur : plus de 45 % des infirmiers des hôpitaux publics indiquent fréquemment travailler au-delà de leur « durée habituelle ». De même en 2006 ce sont les infirmiers et le personnel médical du public qui déclarent cumuler le

³⁴ DREES, ÉTUDES et RÉSULTATS n° 709 - novembre 2009. L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes

³⁵ Enquête COI-H 2006 auprès des salariés, DREES, DARES, CEE

plus souvent travail le samedi, le dimanche et la nuit : respectivement 35 % et 30 % (contre 20% et 10% dans les cliniques privées). Enfin, les salariés de la santé déclarent jongler fréquemment entre des délais très courts et des demandes exigeant des réponses immédiates. En trois ans (2006-2009), 46 % des salariés ont ressenti une accentuation de ces contraintes. Le Centre hospitalier intercommunal de Créteil a également organisé en 2014 une enquête « qualité de vie au travail et prévention des RPS » est il ressort de l'enquête que toutes filières confondues, les professionnels, très majoritairement, mettent en avant le ressenti d'une charge de travail importante.

Lors de son audition à l'Assemblée nationale dans le cadre de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail³⁶, Frédéric Valletoux est venu tenter de donner des éléments d'explication à ce sentiment. Selon lui « *la mise en place de la T2A et la diminution des durées de séjour sont venues perturber la mise en place des 35 heures. La durée moyenne de séjour de MCO a été divisée par deux entre 1980 et 2011*³⁷. *La rotation des patients dans les services de soins s'est donc accélérée avec la diminution de la DMS. Cette accélération a mis les organisations sous tension, au moment où la durée du travail a été réduite. Il en résulte que les soignants ne suivent plus un patient sur la durée de son hospitalisation. L'organisation des soins est donc restée souvent trop stable malgré des possibilités horaires nouvelles, des DMS plus courtes et des parcours de prises en charge plus complexes.* » L'enquête de la FHF, et le ressenti de plusieurs DRH hospitaliers interrogés, viennent ajouter à ces éléments factuels des éléments plus subjectifs mais observés partout, que sont le bouleversement de la « valeur travail ». L'enquête nationale FHF explique ainsi que « *La mise en place des 35 heures et l'introduction des RTT ont fait évoluer le rapport des professionnels à la valeur travail. Alors que l'exercice soignant était basé sur l'accomplissement de missions, il est aujourd'hui défini par des « tâches » issues de « fiches de postes » rédigées selon des logiques de rationalisation déconnectées des logiques soignantes. La réduction du temps de travail a opéré un changement de mentalité encore plus important chez les jeunes générations.* »

Lors de la signature des protocoles RTT, les syndicats ont poussé à la création automatique de RTT, et les établissements ont alors maintenu des organisations de travail autour d'une durée de travail plus proche de 8h que de 7h journalières, mais sans que les recrutements de personnel ne suffisent à pallier les conséquences des nombreux jours de RTT générés par ces organisations³⁸.

³⁶ M. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail Jeudi 18 septembre 2014 Séance de 9 heures 30

³⁷ 10,2 journées en 1980 ; 5,1 journées en 2011), par 1,6 pour les soins de suite et réadaptation (51,9 journées en 1980 ; 33 journées en 2011) et surtout par 3,7 en psychiatrie (105,7 journées en 1980 ; 28,9 journées en 2011)

³⁸ « *La mise en place des 35 heures et des protocoles RTT ont amené à transformer les 8 heures (ou 7h48) en 7 heures 45, 7h36 ou 7h30. Pour autant, la durée du poste de nuit est souvent restée stable et proche de*

Dans son rapport de mai 2006 sur les personnels des établissements publics de santé, la Cour des comptes indique que « *les postes annoncés (qui) ne suffisaient déjà pas à compenser la baisse du temps de travail* ». Selon le Rapport Acker de 2006³⁹, « *ce seraient en fait 35 000 emplois ETP au lieu de 37 000 [initialement prévus] qui auraient été réellement créés, dont 32 000 seulement étaient pourvus fin 2004* ». Le rapport explique que cela est dû à deux phénomènes : « *rééquilibrages financiers opérés par les établissements qui étaient en insuffisance de crédits* » et « *difficultés de recrutement* ». De même si le recrutement de 5000 postes médicaux était prévu, la totalité de ces postes n'a pas été pourvue faute de crédits, mais également de candidats. Ainsi, 24 % des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont aujourd'hui vacants⁴⁰ (41 % pour les postes de praticiens hospitaliers temps partiels). En 2006 le rapport Acker chiffrait ces postes vacants à hauteur de 16 % pour les praticiens hospitaliers temps plein. Le phénomène s'est donc accentué. Cela est surtout vrai pour certaines spécialités telles que la radiologie ou l'anesthésie, où la situation est devenue extrêmement problématique.

Une enquête, réalisée dès 2002 auprès de l'ensemble des établissements publics d'hospitalisation (CHU, CH, CHS, Hôpitaux locaux), apporte un premier éclairage sur les modalités d'organisation du travail retenues en 2002 pour le personnel soignant : près de 40 % des établissements ont maintenu les horaires existants avant 2002 et instauré un repos RTT de 18 ou 20 jours⁴¹.

Réduire le nombre de RTT n'est pas censé en théorie avoir d'impact sur les heures annuelles travaillées. Les RTT donnent l'illusion de travailler moins sur l'année, mais la pénibilité due à la désorganisation des plannings n'a pas permis d'assurer les bénéfices censés être créés par la mise en place des 35 heures⁴².

Les personnels ne disposent que peu souvent d'un planning deux semaines en avance, et en raison des absences nombreuses les agents voient régulièrement modifié à moins de deux jours leur planning, par déplacement de repos hebdomadaire ou suppression de

10h. On continue ainsi à avoir des soignants aux mêmes heures du matin, de l'après-midi et de la nuit. Les admissions se font toujours l'après-midi. Les sorties, les soins techniques et les explorations continuent à être programmés le matin. Les transmissions réunissent toujours pendant en moyenne 30 minutes un nombre important de soignants, principalement entre les postes de matin et d'après-midi. Toutefois, ce maintien des organisations au moyen de durées journalières de travail proches de 8h a créé des perturbations, la régularité des plannings n'étant plus garantie. » Enquête nationale FHF

³⁹ Rapport sur les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé, Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, 2006.

⁴⁰ Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

⁴¹ In Rapport sur les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé, Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, 2006.

⁴² C'est ce qui a amené l'AP-HP à proposer en 2015 de « *Redonner des marges de manœuvre dans les services en augmentant le nombre de jours travaillés (tout en respectant le même nombre d'heures annuelles) permettant de mieux respecter les plannings prévisionnels* ».

RTT, et les agents sont souvent rappelés alors même qu'ils sont en repos.⁴³ Ainsi « le nombre de jours travaillés ayant diminué et l'ensemble des postes n'étant pas pourvu, les agents peuvent être rappelés pendant leurs congés, changent de planning régulièrement, réalisent des heures supplémentaires non régulées par des adaptations des organisations de soins.»⁴⁴ Au final la mise en place du décret de 2002 ne s'est pas traduite par une baisse de la pénibilité, ni de l'absentéisme.

La difficulté des cadres à construire des plannings sûrs face à ces phénomènes, les ont amenés à utiliser des moyens détournés pour assurer le personnel minimum dans les services. Ainsi, pour accorder les nombreux repos et RTT à leurs agents, une pratique observée au Centre hospitalier intercommunal de Créteil est que les cadres ont recours aux équipes de suppléance, quand bien même ces équipes sont mises en place pour assurer les remplacements pour arrêts maladie ou les absences longues. On observe des situations où les cadres, pour assurer leur demande de « pool », associent à leur demande le médecin chef de service, en indiquant qu'une non-affectation de personnel dans leur service entrainera une incapacité à effectuer des entrées de patients⁴⁵.

Les RTT ont créé des inégalités

Il faut ajouter à cela que les RTT ont créé des inégalités au sein du monde hospitalier. Le fait que différents horaires de travail existent parallèlement dans les hôpitaux, et même dans un même hôpital, générant plus ou moins de RTT, a créé une forme d'inégalité entre les agents. Ainsi à l'AP-HP, il arrive fréquemment que les agents d'après-midi soient positionnés sur un modèle horaire de 7H50, générant plus de RTT, alors que les agents du matin sont en 7H36. A l'AP-HP, même si les organisations de travail ont eu tendance à s'unifier avec la mise en place des Groupes Hospitaliers (GH), en particulier au rythme des transferts de services entre sites d'un même GH, il demeure une très grande diversité des rythmes de travail, allant de 7h de jour à 12h de nuit.

Le sentiment d'inégalité commence également à se faire sentir entre le personnel médical et le personnel non médical. La nouvelle génération de médecins, plus attentive aux questions de temps de travail et d'encadrement horaire de leur pratique, commence à regarder avec intérêt les dispositions protocolaires relatives à la RTT réservés historiquement au personnel non médical. Certains regardent sévèrement ces accords locaux parce qu'ils compliquent la mise en place d'une synchronisation des temps médicaux et non médicaux dans les services. Le manque de synchronisation, à l'origine

⁴³ AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015

⁴⁴ F. Valletoux à l'assemblée nationale (ibid)

⁴⁵ Cadre supérieur responsable des moyens de remplacement.

de temps d'attente pour les patients, report d'activités ou plages restreintes d'utilisation des salles de bloc opératoire ou d'imagerie, « *résulte notamment d'une organisation du travail insuffisamment formalisée au travers de tableaux de services ou de programmation des activités, rendant parfois difficile la nécessaire coordination avec les plannings des personnels soignants.* »⁴⁶ Différents outils nécessaires à l'amélioration de la concordance des temps médicaux et soignants ont été élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière. D'autres voient ces accords locaux comme une source d'injustice entre leur situation et celles de leurs équipes soignantes. C'est ainsi qu'on a pu entendre un médecin anesthésiste s'inquiéter en instance⁴⁷ d'une communication large sur les avantages accordés au PNM de peur que cela crée l'indignation des médecins et crée un clivage PM/PNM dans les services. Ou encore un médecin chef de service proposer qu'une communication sur le fait qu'une application stricte de la réglementation sur le temps de travail serait plus juste et plus équitable, comme cela est le cas pour les médecins.

Au-delà des inégalités intra-établissement, les protocoles RTT négociés dans chaque établissement créent de la concurrence entre hôpitaux. M. Jean-Marie Barbot, président de l'AdRHess, explique ce phénomène par le fait que « *la T2A crée une concurrence importante public-privé mais aussi public-public. Le temps de travail devient donc un élément d'attractivité et de fidélisation du personnel.* » Il préconise alors que soit mis en place un « cadrage national » pour éviter une « surenchère » entre les accords locaux. « *Au contraire, on a laissé libre les directions, qui ont fait ce qu'elles ont pu, suivant l'historique de l'établissement, la culture, la force de conviction des syndicats...* ». A l'aune des GHT, une mise à plat des protocoles semble alors indispensable.

1.2.2 Impact financier

Le principal impact des accords RTT est bien sûr financier. C'est du moins celui qui est le plus souvent mis en avant, et le plus facilement identifiable.

L'impact financier se mesure en coût en ETP, mais l'économie espérée par une renégociation doit être calculée de façon précise pour avoir une traduction réelle (cf partie 2.1.1). Ce coût reste cependant le plus facile à chiffrer et sera donc beaucoup utilisé ci-dessous. L'impact financier peut également se mesurer en heures/journées d'activité en moins et donc en recettes T2A en moins pour l'établissement, bien que ce calcul ne soit pas évident dans la mesure où l'activité dépend des médecins. Enfin il peut s'évaluer par le coût sur les quotités de remplacement (là aussi voir partie 2.1.1). Le coût d'un accord RTT ne se mesure qu'en termes de moindre temps de présence au travail. Les protocoles

⁴⁶ Rapport de la Cour des comptes sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, 2014

⁴⁷ Instance du Centre hospitalier intercommunal de Créteil

RTT peuvent être vus comme à l'origine d'organisations de travail aggravant l'absentéisme, car ils contraignent à la gestion à flux tendu des effectifs : les calculs des postes en ETP se faisant souvent sur les bases nationales. Par ailleurs, lors des mutations, les professionnels ont des reliquats de congés ou de repos compensateur conséquents à éclipser dus à leur stockage dans des CET. Le professionnel, bien qu'absent du service, reste sur les effectifs bien après son départ le temps d'éclipser tous ces reliquats.

En analysant plusieurs protocoles RTT et en estimant leurs coûts, on observe qu'en moyenne le coût d'un protocole RTT représente par an 1 210 000 € pour 1000 agents⁴⁸. Ce calcul n'est bien sûr qu'une moyenne et en réalité on observe des impacts financiers très différents en fonction des dispositions présentes dans les protocoles RTT de chaque établissement.

L'étude réalisée par la FHF⁴⁹ a par exemple estimé qu'au niveau national, un alignement sur un plafond de 15 jours de RTT annuel permettrait de dégager environ 640 000 journées de travail, soit 3 200 ETP. Cela représente une économie potentielle estimée à 400 millions d'euros. Ce calcul inclut probablement un système de levier financier. En excluant ce levier on obtient une économie potentielle déjà très importante à environ 146 millions d'euros⁵⁰.

Il faut ajouter que ces calculs restent abstraits, dans la mesure où ils partent du principe d'une économie financière réalisée par une diminution de la masse salariale. Or supprimer quelques jours de RTT ou de congés par agent peut n'avoir en réalité aucun impact sur la masse salariale dans les petits services avec peu de personnel. La suppression de quatre jours de congés par agent et par an pour un service de quinze agents permettra une économie de 60 jours, soit 0,3 ETP. Cela donnera de la marge sur les plannings mais ne permettra pas de supprimer un poste. C'est pourquoi ces mesures doivent être réfléchies dans une logique polaire et autour des moyens de remplacement.

Le calcul a été fait par de nombreux hôpitaux qui sont revenus sur leur protocole. Ainsi au CH de Rambouillet, la direction a négocié un passage de 20 jours de RTT à 16 jours, soit 4 jours multipliés par 1000 agents soit une économie de plus de 900 000 euros par an : l'argument de la productivité et de l'impact financier étaient les premiers mis en avant.

De même le CH de La Rochelle a renégocié une suppression de cinq jours de RTT au nom du rééquilibrage des comptes et de la préservation de l'emploi, ce qui lui a permis une économie de presque 4 millions d'euros.

⁴⁸ Etude faite à partir de l'analyse des protocoles RTT de l'AP-HP, Le CHI de Créteil, le CH de Versailles, le CH de la Rochelle.

⁴⁹ FHF « 2002-2014-l'organisation du temps de travail toujours en débat », 24 septembre 2014

⁵⁰ 3 200 ETP x 45 700 (salaire moyen d'un agent paramédical)

Enfin pour prendre un dernier exemple, le CHU de Poitiers a entamé des discussions syndicales pour inscrire dans le protocole local un temps de travail hebdomadaire de 7h30 en remplacement des 7h50 actuelles, ramenant le nombre de jours de RTT de 19 à 15, soit une économie que le CHU a estimée à plus de deux millions d'euros. Dans une dépêche Hospimedia, le directeur général de l'établissement expliquait que cette économie permettrait de « *comblent les deux tiers des économies à réaliser en 2013 sur les charges de personnel et éviterait toute suppression d'emploi* »⁵¹

Au-delà du coût immédiat des jours de RTT accordés, d'autres mesures classiquement trouvées dans les protocoles représentent un coût important. Il en va ainsi de la pause déjeuner considérée comme du temps de travail effectif, dont le coût peut être estimé à environ 2 500 euros par agent⁵², soit 2,5 millions d'euros pour 1000 agents. A noter qu'une telle mesure n'a de réel impact que sur les agents non soignants puisque les agents travaillant six heures consécutives ont droit à une pause de 20 minutes, pause qui peut être utilisée pour la pause déjeuner. Les agents concernés sont donc essentiellement les agents administratifs.

La suppression de la pause repas pour les personnels non soignants a pour conséquence de repousser le départ des agents une demi-heure plus tard. Il peut s'agir notamment d'agents administratifs d'accueil qui pourraient alors accueillir des patients plus tard. Cela a nécessairement un impact en terme d'activité et donc de recettes.

La FHF⁵³ a également effectué une estimation du surcoût lié au droit à des jours de RTT en congé maternité qui a été évalué à 78 M d'€. La règle actuelle est que même en congé de maternité l'agent continue à générer des droits à RTT.

Globalement, un jour par an accordé par un protocole coûte environ 250€⁵⁴, soit 250 000 € pour 1000 agents. L'impact d'un jour de congé du directeur, du maire, d'un jour de présentéisme, d'un jour de fête des mères, d'un jour de médaille, etc. peut s'avérer dont déterminant dans les finances d'un établissement hospitalier.

C'est ainsi que dans le cadre de son Plan de retour à l'équilibre (PRE), le Centre Hospitalier de Versailles a renégocié en 2015 une disposition de son protocole RTT accordant un jour de présentéisme par quadrimestre, mise en place à l'époque pour juguler l'absentéisme. Cette disposition représentait en moyenne 2,2 jours par an et par

⁵¹ Jean-Pierre Dewitte à Hospimedia le 14/06/2013 in <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130614-dialogue-social-le-plan-d-austerite-du-chu>

⁵² 39 000€ (salaire moyen agent administratif) x 6,6% (30 minutes / 7h30)

⁵³ ibid

⁵⁴ 50 000 € (coût moyen d'un agent hospitalier (PM et PNM confondus)) / 200 jours de travail par an

agent. Le coût de cette mesure a été estimé par le CH à 900 000 €, soit une économie considérable réalisée par la renégociation.

A l'AP-HP, l'information sur le coût de certaines dispositions du protocole RTT ont été affichées très clairement⁵⁵ : ainsi il a été calculé que le coût des jours de médaille représentait 17 ETP, et le jour de fêtes des mères 161 ETP.

Ou encore au Centre hospitalier intercommunal de Créteil la renégociation de certaines dispositions mineures du protocole RTT mais jugées comme particulièrement injustes ont permis de dégager 3,6 ETP (soit 160 000€). Il s'agit des mesures de proratisation des RTT à la quotité travaillée et de la suppression de l'accord de l'intégralité des congés de l'année de la retraite à l'agent en départ.

Dans un contexte où le gouvernement demande d'importantes économies aux hôpitaux – 3 milliards d'économies à réaliser par les hôpitaux entre 2015 et 2017 dans le cadre du plan triennal d'économies dit « plan ONDAM » - et où le personnel représente 70% du budget des établissements de santé, il est incontournable de poser la question de la renégociation des protocoles RTT, et plus généralement de l'organisation des temps de travail. D'autant plus que la maîtrise des budgets hospitaliers va devenir un sujet de plus en plus prégnant dans les hôpitaux, avec une dette sociale qui s'élevait en 2014 à 157 milliards d'euros, sur les 2 000 milliards de dette publique atteints en 2015 soit un endettement de 7.8% du PIB dû à la branche maladie. C'est dans ce contexte de déficit endémique de la branche maladie et de constat d'un coût important de la réforme des 35 heures à l'hôpital public accompagné de ses protocoles RTT que M. Bernard Accoyer a été amené à désigner les 35 heures comme « *une erreur funeste* »⁵⁶

Le coût des protocoles RTT a encore été majoré par l'augmentation significative de la masse salariale entre 2002 et 2012 – évaluée à 30% par l'enquête de la FHF, qui a donné une assiette plus grande aux dispositions des protocoles locaux.

A ce premier impact financier s'ajoute l'impact des comptes épargne-temps, qui en 2014 ont représenté une provision d'environ un milliard d'euros par les hôpitaux. Au-delà du coût immédiat, l'impact de ces comptes mérite d'être précisé.

1.2.3 La montée d'un indicateur d'échec : les CET

⁵⁵ Ibid (document d'orientation aux organisations syndicales)

⁵⁶ « De son long exposé, nous avons compris – malgré les précautions d'usage qu'il a utilisées – que le coût des 35 heures à l'hôpital public en termes de masse salariale était considérable. À l'heure où l'on essaie d'imposer 5 milliards de réduction des dépenses à l'hôpital public, c'est la démonstration que les 35 heures sont une erreur funeste. » B. Accoyer, lors de la séance de 9h30 du jeudi 18 septembre 2014 à l'Assemblée nationale pour la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail.

La mise en place des 35h à l'hôpital s'est assortie de la création des Comptes Epargne-Temps (CET)⁵⁷. Le décret crée la possibilité aux agents d'ouvrir un CET et d'y déposer des jours de congés rémunérés. Il peut s'agir de jours de congés annuels, de jours de RTT ou d'heures supplémentaires. Si les 20 premiers jours déposés doivent obligatoirement être utilisés sous forme de congés, les jours au dessus de ce chiffre peuvent être indemnisés, sous forme de paiement ou sous forme de conversion en points RAFP (retraite additionnelle). La mise en place des CET avait pour objet en 2002 de donner une liberté à l'agent quant à l'utilisation de ses jours de RTT, en fonction des possibilités du service, de façon hebdomadaire ou comme des jours de congés. Ils permettaient d'assurer, conjointement avec la création des RTT, que la réforme des 35h ne perturbe pas l'organisation de la continuité des soins, tout en assurant aux agents de bénéficier de la réforme.

Or la réalité à l'hôpital a été un peu différente. Le manque de recrutements n'a pas permis d'assurer l'application pratique des 35h, et les hôpitaux ont du compenser le manque d'effectifs par une organisation ne permettant pas toujours aux agents de prendre tous leurs jours de RTT. D'aucuns désignent alors ces jours stockés sur les CET d'indicateur patent de la désorganisation introduite par la RTT⁵⁸ : 5,9 millions de jours ont été comptabilisés à la fin de l'année 2010. « *Le « droit » à congés compris comme acquis n'est donc que virtuel* » selon les mots de Frédéric Valletoux⁵⁹, à tel point qu'en 2012 le gouvernement est venu limiter les conditions d'utilisation de ces jours⁶⁰.

L'ATIH⁶¹ a calculé que le nombre moyen de CET stockés par agent est de 25,3 jours pour le personnel médical, 3,3 jours pour le personnel non médical et 2,6 jours pour le personnel des services de soins.

⁵⁷ Décret n°2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps (CET) dans la FPH

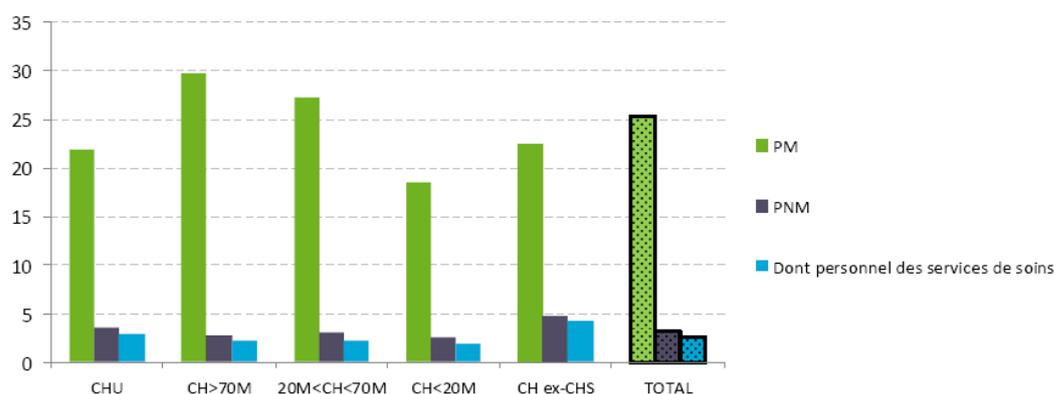
⁵⁸ Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

⁵⁹ Frédéric Valletoux lors de la séance de 9h30 du jeudi 18 septembre 2014 à l'Assemblée nationale pour la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail.

⁶⁰ en 2012 un arrêté limite à dix le nombre de jours pouvant être épargnés par an une fois le socle de 20 jours constitué. Il limite également le nombre de jours totaux pouvant être placés sur le CET à 60 jours : Arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière

⁶¹ ATIH, *Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013*, mars 2015

Nombre moyen de CET stockés par agent par catégorie d'établissements



L'AP-HP a estimé⁶² que le nombre moyen de jours par agent était de 23 pour les agents de catégorie A et B et 17 pour les agents de catégorie C dans le CET historique. L'AP-HP a également calculé qu'en moyenne 4 jours de RTT n'étaient pas pris dans l'année et placés sur le CET par les agents. Le groupe a noté que les agents de catégorie A et B avaient une plus forte tendance à l'épargne des jours de RTT par rapport aux catégories C (différentiel de 6 jours). Il semble donc exister une inégalité entre les agents quant à l'utilisation des RTT.

Une des conséquences significatives de cette accumulation de jours sur des comptes est l'impossibilité de remplacer un agent immédiatement après son départ en retraite pour écouler tous ses droits à RTT. Le poste ne peut être considéré vacant puisque l'agent est en réalité réputé en congé RTT pendant plusieurs mois avant son départ effectif en retraite. On observe régulièrement des cas où l'agent reste au planning pendant plusieurs mois (jusqu'à 12 mois parfois) afin de remettre les compteurs à zéro de jours accumulés et congés divers.

La mise en place des CET a également eu un impact financier déterminant pour les hôpitaux. La réduction du temps de travail n'ayant été qu'insuffisamment compensée en termes de personnel, de nombreux agents ont été forcés, et notamment le personnel médical, à choisir le stock de leurs RTT dans des CET plutôt que leur prise effective sous forme de congés. Il a ainsi été calculé qu'entre 2002 et 2012, plus de 2 millions d'heures ont été stockées. Selon l'étude de la FHF, le coût du rachat des jours stockés s'élève à 600 millions d'€⁶³. L'AP-HP a estimé le coût du stock des CET en 2012 à 260 millions d'€. L'ATIH a montré qu'en 2013 en moyenne la provision constituée par agent était de 9742,2 euros pour le personnel médical et de 481,7 euros pour le personnel non médical. Dans

⁶² AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015

⁶³ Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

les centres hospitaliers de plus de 70 millions d'€ la provision par agent médical atteint plus de 11 000€ (pour « seulement » 4 500 € dans les centres hospitaliers de moins de 20 millions d'€). Le personnel non médical voit ses provisions les plus importantes constituées en CHU, où elle atteint en moyenne 650€ par agent.

Si le nombre de CET stockés sont en relative baisse pour le personnel médical (-6,6%) entre 2012 et 2013, pour ce qui est du personnel non médical, l'ATIH observe que le nombre de jours stockés augmente (+6,9%).

Face à la situation particulièrement coûteuse des jours non pris des médecins, plusieurs réformes réglementaires ont été démarrées. Le décret d'application de l'accord-cadre signé le 24 janvier 2012 qui avait pour objet d'apporter « *des réponses adéquates au traitement du « stock » et du « flux » de jours CET. L'objectif est bien une maîtrise du volume des jours capitalisés sur un CET et très rapidement leur décroissance.* »⁶⁴ a proposé un encadrement des CET médicaux. Il a tout d'abord spécifié qu'au-delà de 20 jours de congés placés dans le CET par un praticien, les jours ne pouvaient être pris que sous forme de congés. En deçà les jours peuvent être indemnisés ou conservés dans le CET. Le décret⁶⁵ renvoie à un arrêté qui propose alors une limitation de ce cumul de jours, le limitant à 300 jours⁶⁶. Il semble que cette réforme ait eu un impact réel puisque comme évoqué plus haut, l'ATIH a démontré que le nombre de jours stockés dans les CET par les médecins ait baissé entre 2012 et 2013.

Plus récemment des textes sont venus encore encadrer les CET médicaux en proposant une réflexion sur le temps de travail médical. Ainsi la circulaire du 15 mars 2013 a proposé que soit inclus dans les contrats de pôle une politique de gestion et de prévision des CET médicaux⁶⁷. Il est rappelé dans la circulaire que l'objet du décret de 2012 évoqué plus haut était alors de « *responsabiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers sur l'organisation du temps médical* ». La responsabilité de l'hôpital sur ces budgets est alors clairement désignée.

⁶⁴ accord-cadre signé le 24 janvier 2012

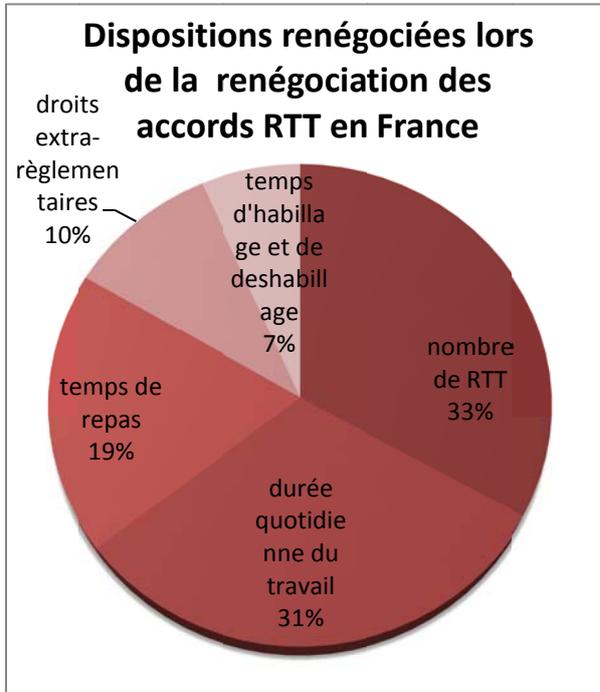
⁶⁵ Décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé

⁶⁶ « Le plafond global de jours pouvant être inscrits sur le compte épargne-temps mentionné au 2° de l'article R. 6152-807-4 du code de la santé publique est fixé à trois cents jours. A compter du 1er janvier 2016, ce plafond global est fixé à deux cent huit jours. Un dépassement de ce plafond global pourra être autorisé à compter du 1er janvier 2016 sans que le nombre de jours maintenus sur le compte puisse excéder trois cents jours. » Arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé

⁶⁷ « - les contrats de pôle doivent désormais intégrer l'organisation du temps de présence et d'absence des praticiens, cette disposition étant inscrite dans l'ensemble des statuts de praticien hospitalier ; - l'avenant annuel du contrat de pôle doit mentionner le nombre prévisionnel de jours de congés susceptibles de ne pas être pris dans l'année concernée au regard des nécessités de service et qui pourraient être versés dans le CET, ainsi que leur impact chiffré sur le passif de l'établissement. »

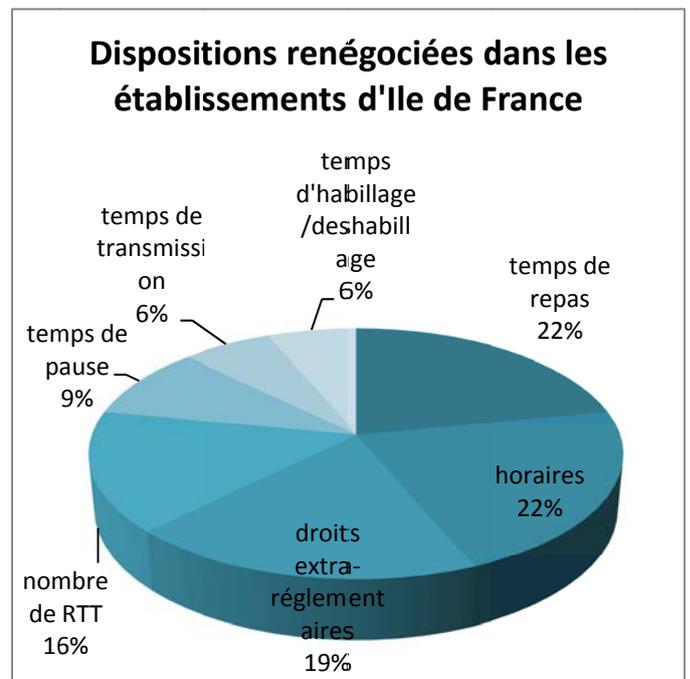
2 Revenir sur les protocoles RTT : mode d'emploi

Si le sujet de la renégociation des accords RTT dans les hôpitaux est particulièrement d'actualité en cette année 2015 avec le choix de l'AP-HP de lancer la réforme de son



accord local sur le temps de travail, de nombreux hôpitaux ont en réalité procédé auparavant à la réforme de leur protocole. Selon l'enquête menée par la FHF⁶⁸, entre 2002 et 2015, 44% des établissements de l'échantillon interrogé (152 établissements) ont réalisé une telle renégociation de leur protocole. A noter que ce chiffre est probablement à nuancer dans la mesure où par « renégociation » on peut entendre renégociation complète ou partielle, voire minime. Toujours selon cette enquête, les renégociations avaient été initiées à 92% par la direction de l'établissement et 93% avaient abouti. En

Ile-de-France l'enquête des DRH de la FHF a constaté que 32% des établissements ont procédé à la renégociation de leur protocole. L'enquête note qu'un hôpital a même déclaré l'avoir effectué à trois reprises. Les sujets renégociés se retrouvent dans les renégociations, en priorité le nombre de RTT, la durée quotidienne du travail (qui souvent a un impact sur le nombre de RTT), le temps de repas et les droits extras. Il faut ajouter que les négociations vont toujours dans une logique de diminution des acquis sociaux depuis 2004. Trois types de raisons motivent généralement



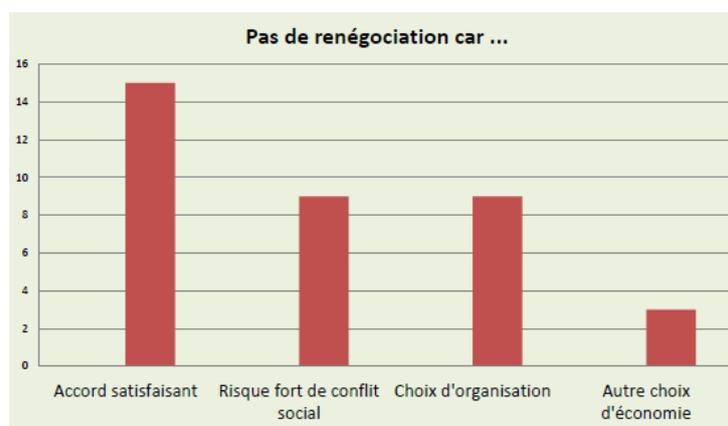
⁶⁸ Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

Sources schémas : Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014 et Enquête conférence des DRH FHF Ile de France (2012)

les établissements à engager une renégociation de l'accord local sur le temps de travail :

- Des raisons financières ou un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) imposé par les autorités de tutelle
- Une volonté de mise aux normes réglementaires du protocole (certains syndicats sont attachés à la régularité réglementaire des accords)
- Une modification de l'activité qui nécessite de réorganiser le temps de travail (exemple : réviser un protocole qui exclut le travail en 12 heures consécutives) ou une volonté de rendre plus attractifs certains métiers

Pour ce qui est des facteurs exprimés de non-renégociation, l'enquête de la conférence des DRH d'Ile-de-France a révélé que les arguments principaux étaient que l'accord était jugé « satisfaisant », et que le risque conflit social était jugé trop important. Jean-Yves Copin, juriste et consultant au centre de droit JuriSanté complète auprès d'Hospimedia



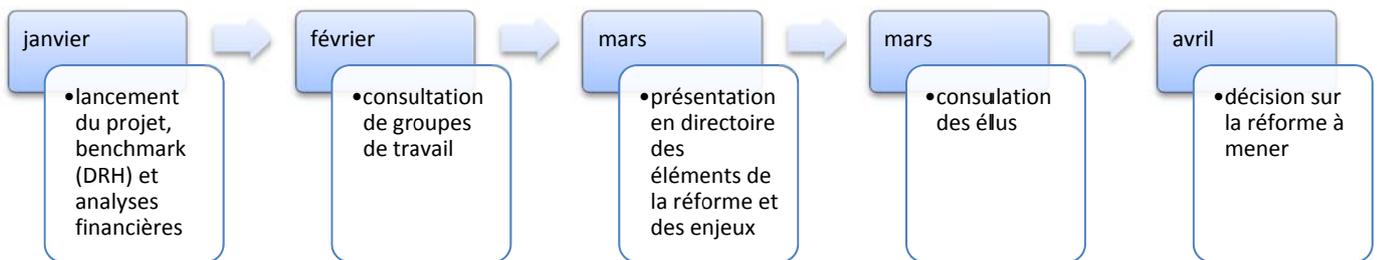
que « la menace, nouvelle ces dernières années, d'une demande d'expertise par le biais du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), vient également arrêter plus d'une velléité de renégociation au sein des directions. »

Ces éléments donnent une première idée sur la place de la renégociation des accords RTT dans les établissements publics de santé, mais aussi la grande réticence des établissements à s'engager dans une telle réforme. 66% des établissements n'ont pas osé s'y pencher. Le travail préalable à une renégociation est alors double : bien choisir les axes de renégociation et le calendrier est déterminant (2.1), et travailler une politique de communication et de négociation (2.2) qui apporte les meilleures dispositions pour une renégociation apaisée.

2.1 La phase de réflexion autour du projet de réforme, une étape centrale

La première phase d'un projet de renégociation est celle de la réflexion autour de la définition du projet. Il s'agit d'abord de définir le besoin (financier, organisationnel,

attractivité, etc.), de faire une première analyse du protocole, des risques liés à celui-ci, des gains espérés d'une renégociation (chiffrée éventuellement) et des compensations envisagées. Cette phase peut également comprendre une réflexion sur la méthodologie de négociation et de communication et éventuellement une anticipation sur les mouvements sociaux envisagés. Cette réflexion peut associer des partenaires externes (élus) et internes (médecins, cadres) et inclut une phase de consultation des instances de décision internes : Comité de direction et directoire. Quatre mois semblent raisonnables pour réaliser cette phase, à l'instar de ce qu'a réalisé le CH des Murets par exemple.



2.1.1 Faire un chiffrage de la réforme

Le premier stade de la réflexion sur une éventuelle renégociation du protocole RTT de son établissement consiste à se poser la question de la raison de cette décision et d'objectiver ces raisons. Une réforme ne pourra pas se mener sans informations précises sur ce qui peut être apporté par la réforme et ce qu'elle peut engendrer en termes de pertes.

Si la raison est financière, un chiffrage des avantages financiers attendus est à réaliser pour être en mesure d'évaluer si la réforme vaut les complications qu'elle va générer, notamment en termes de conflit social et de perte d'activité immédiate.

Les gains financiers peuvent être de trois sortes : un gain en effectif immédiat dans les services, un gain en quotité de remplacement et un gain en termes d'activité.

A) Le gain immédiat en effectif

Le premier gain en effectifs immédiat dans les services peut se calculer que la réforme consiste à supprimer un ou plusieurs jours attribués forfaitairement par le protocole RTT ou que la réforme consiste à diminuer le nombre de RTT en passant à un horaire fixe générant moins de RTT.

Ainsi le calcul se fait ainsi :

Exemple d'une réforme dans un établissement X dont le protocole accorde 28 jours de CA, et est organisé en 7h48 (39h hebdomadaire) et deux jours de sujétion (week-end) automatiques et qui souhaite passer à 25 CA et en 7h30 et retirer les jours de sujétion automatique.

	7h48 + 28 CA	7h30 et 25 CA
Année	365	365
CA	28	25
Fractionnement	1	1
hors période	2	2
RTT	20	15
RH	104	104
jours fériés	9	9
jours de sujétion	2	0
Jours de travail	201	209

Ratio	$365/201 = 1,82$	$365/209 = 1,75$
-------	------------------	------------------

= nombre d'agents nécessaires pour occuper 365 J/an un poste

Ecart 7h30 (en journées de travail)	$209 - 201 = 8$	
-------------------------------------	-----------------	--

Ratio ETP gain : nombre d'agents qu'il faut passer de 7h48 avec 28 CA à 7h30 avec 25 CA pour obtenir 1 ETP	$209/8 = 26$
--	--------------

Pour obtenir un gain d'ETP dans un service à partir de cette réforme, cela ne peut concerner que les services où il y a plus de 26 agents d'une même catégorie professionnelle. Exemple : un service de réanimation ou d'urgences où l'effectif cible infirmier était de 26 ETP avant la réforme pourra supprimer un ETP infirmier. Pour supprimer 2 ETP infirmiers il faudra alors qu'il y ait 52 ETP infirmiers dans le service avant la réforme.

Exemple de la réforme à l'AP-HP

	7h50	7h36	7h30
année	365	365	365
CA	25	25	25
FR	1	1	1
HP	2	2	2

RTT	23	19	14
RH	104	104	104
jours fériés	9	9	9
Jours de travail	201	205	210

Ratio	1,82	1,78	1,74
-------	------	------	------

= nombre d'agents nécessaires pour occuper 365 J/an un poste

Ecart 7h30	210 - 201 = 9	210 - 205 = 5
------------	---------------	---------------

Ratio ETP gain	210/9 = 23	210/5 = 42
----------------	------------	------------

nombre d'agents qu'il faut passer de 7h50 à 7h30 pour obtenir 1 ETP nombre d'agents qu'il faut passer de 7h36 à 7h30 pour obtenir 1 ETP

A l'AP-HP la réforme de 2015 propose de faire basculer tous les agents sur un temps hebdomadaire de référence à 37h30 et de supprimer les jours protocoles ajoutés aux jours de RTT réglementaires. Cela ferait passer les agents qui étaient en 7h50 journalières de travail avec 23 jours de RTT (dont jours protocoles) à 7h30 de travail journalières avec 14 jours de RTT ; et les agents qui étaient en 7h36 avec 19 jours de RTT (dont jours protocoles) à la même quotité de travail : à 7h30 de travail journalier avec 14 jours de RTT.

Le gain immédiat en effectifs dans un service est réalisable :

- Pour les services qui jusque-là étaient en 7h50 et passent en 7h30 : gain d'un ETP possible dans les services qui concentrent plus de 23 ETP d'un même corps (exemple : aides-soignants ou infirmiers)
- Pour les services qui jusque-là étaient en 7h36 et basculent en 7h30 : gain d'un ETP réalisable dans les services qui concentrent au moins 42 ETP d'un même corps.

Un tel calcul, passant en revue tous les services où une meilleure efficience dans les services peut être obtenue peut être réalisé afin de faire une première évaluation des économies sur la masse salariale envisageables à l'échelle d'un établissement.

A noter que ce calcul n'est pas nécessairement utilisé pour diminuer la masse salariale contractuelle ou ne pas remplacer des départs à la retraite, mais la réforme peut permettre des redéploiements d'agents dans de nouvelles activités ou une équipe de suppléance par exemple. Cela peut avoir alors pour effet de lisser les absences, faciliter les remplacements et éviter qu'elles ne génèrent de la tension et ainsi diminuer l'absentéisme. C'est ce que le CH de Rumilly a appelé de « taux de change » lors de la mise en place de sa réforme. Le principe : transformation des RTT en moyens

supplémentaires (augmentation des effectifs, réduction des horaires coupés et des week-ends par agent, travaux, équipements, etc.)

B) L'incidence de la renégociation sur les mensualités de remplacement

Le second poste de gains économiques à évaluer dans le cadre d'une réflexion autour de la renégociation d'un protocole RTT, est celui des quotités de remplacement.

Un passage global de services hospitaliers vers un cycle de travail journalier diminué de plusieurs minutes voire plusieurs heures a des incidences immédiates en termes de présence au travail. L'augmentation du nombre de jours de présence induite n'est pas censée faire augmenter sensiblement l'absentéisme qui dépend de causes exogènes la plupart du temps : congés maternité, maladie, etc. Les accidents du travail et maladies professionnelles ne représentant que 11,8% des absences⁶⁹. Le nombre d'heures travaillées augmentant, et le nombre d'absences restant normalement stable, les dépenses engagées dans les remplacements des absences peuvent être diminuées. Par exemple les agents ne sont plus censés faire d'heures supplémentaires si leur temps réglementaire de présence augmente sans que soient modifiés les effectifs cibles. Cette économie est alors réalisée sur les trois postes classiques de remplacement :

- Sur le nombre d'heures supplémentaires qui diminuent
- sur le nombre d'agents des équipes de remplacement.
- Sur le nombre de vacances

Les jours de travail dégagés peuvent également servir à mobiliser les agents pour de la polyvalence inter-secteurs en remplacements.

Exemple :

Prenons un établissement qui souhaite passer d'un cycle horaire en 7h40 générant 19 RTT à un cycle horaire en 7h30 générant 15 RTT.

Prenons une équipe soignante composée de 10 agents IDE.

	matin	Après-midi	nuite	Durée totale du cycle	Temps de transmission
Organisation en 7h40	7h40	7h40	10h	25h20	1h20 soit 25 minutes par changement
Organisation en 7h30	7h30	7h30	10h	25h	1h soit 20 minutes par changement

⁶⁹ *Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013, ATIH, mars 2015*

Un passage en 7h30 des équipes est possible par une diminution du temps de transmissions, du temps d'habillage ou du temps de pause/repas. Généralement la solution choisie est de diminuer le temps de transmission.

Les 10 agents passent en 7h30 et cela augmente le nombre de jours travaillés total de $10 \times (19-15\text{RTT}) = 40$ jours. Chaque agent travaille quatre jours de plus par an.

L'équipe est alors en surnombre sur quarante jours dans l'année et elle est ainsi en mesure de d'assurer les remplacements des absences de sa propre équipe. Lorsqu'elle se trouve en surnombre, l'équipe peut également être diminuée pour qu'un des agents puisse assurer le poste d'un agent absent dans un service différent du sien (remplacements inter-pôle par exemple). Aussi les pools de remplacements perdent alors leur utilité si le pourcentage de jours de travail en surnombre (ici 10,9%) est supérieur ou équivalent au taux d'absentéisme moyen dans l'établissement (ou dans le service si l'on veut être plus précis).

Si le taux d'absentéisme est supérieur au nombre de jours de travail en surnombre, un pool de remplacement pourra être créé en regard.

Exemple : la réforme permet de dégager 10,9% de jours de travail supplémentaires mais le taux d'absentéisme moyen dans l'établissement est à 12% : un pool de remplacement peut alors être créé à hauteur de 1,1% du nombre de journées travaillées dans l'établissement.

Un tel calcul doit être réalisé dans les établissements dont les organisations génèrent beaucoup d'heures supplémentaires, font appel à l'intérim ou qui ont des équipes de remplacement conséquentes. Supprimer les pools de remplacement ou diminuer leurs effectifs peut s'associer à une diminution des effectifs d'une équipe soignante tels que présenté précédemment lorsque le temps de travail dégagé par la réforme est très important (exemple passer de 20 jours de RTT à 10).

Au Groupe hospitalier Paul Guiraud, la renégociation du protocole RTT s'est appuyée sur l'idée que des économies seraient possibles sur les quotités de remplacement. Ainsi la réforme du temps de travail s'est appliquée en priorité aux agents dont le métier était consommateur des solutions de remplacement.

L'impact du nouvel accord ARTT sur les heures supplémentaires et les vacances a été calculé un an après la réforme à hauteur de 811 000€ soit 58% d'économies sur les moyens de remplacement par rapport à l'année précédente. A noter que le Groupe hospitalier Paul Guiraud a choisi de créer une équipe de suppléance liée aux départs en congés maternité (représentant 145 500€ par an) ce qui a atténué l'impact de la

renégociation de l'ARTT sur les dépenses de remplacement pour l'amener à 50% d'économies⁷⁰.

C) Le gain en termes d'activité

Le troisième avantage financier à dégager d'une réforme du temps de travail au sein de l'établissement est celui en termes d'activité. Si ce dernier semble à première vue logique puisque une réforme du temps de travail permet d'augmenter la productivité d'un établissement, qui est mesurée en activité dans les établissements de santé à l'heure de la T2A, celle-ci dépend cependant des médecins et l'augmentation d'activité n'est donc pas automatique. Elle suppose une volonté de l'établissement à investir dans du temps médical.

Prenons un établissement dont les agents administratifs d'accueil ont un temps de pause méridienne exclu de leur temps de travail et que cette pause dure en moyenne 30 minutes. Si l'établissement revient sur cette disposition en incluant dans le temps de travail cette pause repas, cela aura pour conséquence immédiate que les agents travailleront une demi-heure de plus par jour. Ce temps supplémentaire d'accueil pourrait être utilisé pour accueillir des patients en consultation par exemple jusque plus tard dans la journée. Mais cela suppose que les médecins consultants réalisent ces consultations jusque plus tard également.

Deux possibilités s'offrent alors à l'établissement : soit les médecins consultants acceptent de prolonger les horaires de travail sans contrepartie ; soit le travail des médecins est redéployé sur les nouveaux horaires pour libérer une plage sur laquelle de nouvelles consultations médicales sont proposées. Un investissement dans des vacations supplémentaires par l'établissement est alors nécessaire. Cela est cependant intéressant financièrement.

Exemple d'un PH spécialiste réalisant une vacation supplémentaire en consultations sans aucun surcoût en personnel administratif.

coût annuel d'un PH	100 000,00 €
nombre de jours de travail par an	208
coût d'une vacation	480,00 €
Durée d'une vacation	5h
nombre de patients reçus par heure	6
tarif d'une consultation spécialisée	23,00 €

⁷⁰ Cf présentation de M. F. Ayfre lors du congrès de l'AdRHess en septembre 2015.

valorisation de la vacation (23€ x 6 patients x 5 heures)	690,00 €
gain	690 € - 480 € = 210 €

A noter que si la consultation est suivie de prélèvements ou de soins infirmiers, cela change bien sûr les coûts, les frais de laboratoires et de matériels devant être ajoutés, mais aussi éventuellement des actes. Et éventuellement le coût infirmier si la réforme ne concerne pas le personnel paramédical.

D) Réformer pour rendre attractif un métier : l'exemple du temps de travail des cadres et l'exemple des 12 heures

Un dernier chiffrage que l'on pourrait présenter ici va à rebours du raisonnement précédant en termes d'augmentation du temps de travail. Il s'agit des modifications de l'organisation du temps de travail de certains agents pour rendre plus attractifs les métiers. La renégociation de protocoles d'accords locaux peut en effet avoir pour objet d'accompagner un changement d'activité ou rendre attractifs certains métiers.

C'est ainsi que certains hôpitaux ont par exemple choisi de renégocier leur accord local afin de rendre plus attractif le métier de cadre, en proposant un forfait cadre plus favorable qu'un décompte horaire.

Pour comprendre le raisonnement de ces établissements prenons l'exemple d'un infirmier et d'un cadre, tous deux âgés de trente ans et dont le temps de travail est calculé au décompte horaire.

L'infirmier travaille selon le protocole d'accord local 1547 heures annuelles, 7h40 par jour et a droit à 19 jours de RTT. Il travaille également des nuits, des jours fériés et réalise des heures supplémentaires, qui lui apportent un supplément de rémunération. L'infirmier a une fonction clinique soignante. Le cadre de santé travaille également 1547 heures annuelles, en 7h40 par jour et a droit ainsi à 19 jours de RTT. Il ne réalise cependant pas de nuits, peu de jours fériés et généralement aucune heure supplémentaire. En plus de sa responsabilité soignante il a également une responsabilité managériale institutionnelle.

Dans ces conditions le cadre de santé perçoit une rémunération inférieure à un infirmier et a des responsabilités plus importantes avec un niveau de stress au travail qui peut être considéré comme supérieur. Comment motiver alors des infirmiers à occuper des fonctions de cadres ?

Si le protocole local relatif au temps de travail ne prévoit pas un forfait cadre plus favorable en termes d'organisation du travail pour les cadres, il y a peu de chances que l'établissement réussisse à en recruter.

Certains établissements font alors le choix de renégocier leur protocole RTT pour mettre en place un forfait cadre qui donne droit à plus de jours de congés que les infirmiers. Généralement le forfait cadre propose 20 jours de RTT forfaitairement.

Le second point que l'on retrouve régulièrement à l'origine de renégociations pour accroître l'attractivité d'un métier ou d'un service est l'organisation en 12 heures. Le travail en 12 heures a été rendu possible dès 2002⁷¹ mais n'a été réellement exploité que dans les années récentes et a eu un écho important chez les agents travaillant dans des services fonctionnant en continu (notamment réanimation urgences). Les douze heures font l'objet d'une demande forte de la part de certains agents, en raison de l'organisation personnelle qu'elles permettent : dans la mesure où la durée hebdomadaire de travail ne peut excéder 48 heures au cours d'une période glissante de 7 jours, il découle donc notamment de ces conditions que les personnels ne peuvent travailler plus de 3 jours de suite en 12 heures. Cela crée donc de petites semaines de travail avec 36 heures de travail réalisées en trois cycles. Cela permet également d'organiser les soins non plus avec trois équipes (matin, après-midi, nuit) mais avec deux équipes. Cependant cela suppose d'avoir au moins deux lignes décalées pour pouvoir assurer les transmissions. Cela n'est donc possible que dans les services de taille importante. Au centre hospitalier intercommunal de Créteil, la mise en place de l'annualisation du temps de travail a été en grande partie justifiée par le nombre croissant de personnels souhaitant travailler en douze heures, générant selon le protocole un nombre très important de repos compensateurs (journaliers).

Il est fréquent que les accords locaux négociés en 2002 par les établissements aient exclus la possibilité d'organiser des cycles de travail en douze heures. C'est pourquoi de nombreux établissements se sont appuyés sur cet argument pour engager une renégociation de leurs protocoles RTT. En effet les douze heures peuvent être un élément d'acceptabilité de la réforme du temps de travail du fait de leur popularité auprès des

⁷¹ « En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures. » Article 7 du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002

agents. Aujourd'hui 70% des établissements ont mis en place au moins une organisation en 12 heures. Au Groupe hospitalier Robert Debré (AP-HP), ce sont même 40% des agents qui travaillent en douze heures.

Enfin une évaluation du coût de la réforme peut être réalisée pour mettre en balance les gains attendus et le risque social. Si un établissement souhaite mettre en balance les économies attendues de la renégociation de l'accord local avec le coût généré par le mouvement social, un tel calcul peut être réalisé. Le calcul doit être réalisé par service et doit s'appuyer sur des observations lors de grèves précédentes. Aucune méthode n'a été arrêtée collectivement à ce jour pour réaliser un tel chiffrage.

E) Méthodologie de chiffrage et d'arbitrage du projet : les enquêtes et études d'impact

Certains établissements ont choisi de réaliser des études approfondies en amont de la renégociation pour associer les acteurs hospitaliers, faire un état des lieux de la situation de l'organisation du travail et des conséquences du protocole RTT, et parfois tester des organisations différentes. Certains protocoles ont même intégré des clauses d'expérimentations d'organisations de travail à l'instar de l'accord de 2012 du Groupe hospitalier Paul Guiraud qui introduit dans un article 10 que les chefs de pôle ont la possibilité d'expérimenter des organisations de travail différentes de celles présentes dans le protocole.

Le Centre Hospitalier de Versailles ainsi réalisé des études d'impact dans plusieurs services en amont de la renégociation.

De même l'AP-HP a mis en place des enquêtes de terrain dans une dizaine de services à partir de juillet 2015 afin de « *permettre aux personnels de s'exprimer sur l'organisation de leur service et leurs conditions de travail* »⁷². La méthodologie a été choisie collectivement avec les organisations syndicales : elles prennent la forme de réunions, et des représentants du personnel, pour certains, y assistent ou y participent. Elles ont ainsi permis de révéler les inquiétudes de chacun, les difficultés rencontrées dans l'organisation de travail et les pistes d'amélioration adaptées.

2.1.2 Soumettre le projet aux acteurs clés

⁷² Document de communication interne « Conditions et organisation du travail à l'AP-HP, Premiers retours sur les études de terrain en cours », 29 juillet 2015

Une des phases importantes de la réflexion autour d'un projet d'une telle ampleur, est de le soumettre aux acteurs clés. Ces acteurs clés sont ceux dont la réussite de la réforme pourrait dépendre en raison de leur rôle de leader d'opinion. Il s'agit alors de quatre acteurs-type principaux : les médecins, les syndicats, les cadres et les élus.

Le premier groupe, les médecins, est sans doute le plus important. D'une part parce que les médecins sont des leaders d'opinion centraux dans un établissement de santé et, d'autre part, parce qu'ils sont le cœur du fonctionnement de l'établissement. Une opposition franche des médecins au projet limite grandement sa réussite.

La consultation de ce premier groupe est donc centrale et emporter leur adhésion au projet est stratégique.

Une présentation précise des règles de temps de travail appliquées à l'établissement, de l'écart avec la réglementation ou avec un autre hôpital, et des conséquences financières et organisationnelles des règles de l'accord local semble indispensable. Cette présentation peut être d'abord menée en directoire, pour susciter un premier débat et faire remonter de premières opinions sur le projet. Eventuellement cette présentation peut ensuite être proposée en Commission Médicale d'Etablissement (CME) par le président de l'instance.

Au Centre hospitalier intercommunal de Créteil, la direction avait souhaité soumettre au Directoire des hypothèses de modifications de certaines règles du temps de travail telles que définies dans le protocole d'accord local.

Il a été présenté un état des lieux des dispositions spécifiques à l'établissement et leurs conséquences en termes de conditions de travail et de redéploiement de masse salariale. La direction a alors clairement demandé l'avis des médecins sur une éventuelle réforme de certaines des dispositions et leur capacité à porter cette réforme ou du moins la soutenir.

Les médecins avaient apprécié la démarche claire et salué la présentation rigoureuse qui leur apportait un éclairage sur les possibilités de réforme. Il est ressorti de ces débats plusieurs conclusions. La première est que les médecins connaissent mal les spécificités de l'établissement en termes de temps de travail et qu'il en advenait probablement ainsi pour les cadres. La seconde était que les médecins regardent avec un regard critique ces dispositions spécifiques au personnel non médical et y voient une inégalité avec leur situation. L'un des médecins indique même que l'annonce de l'existence de ces avantages risque de créer l'indignation des médecins, et être ainsi « clivant ». Mais ils ont cependant estimé qu'une réforme ne concernant que le temps de travail non médical ne serait pas comprise et les mettrait dans une position inconfortable. La troisième est que l'opinion générale sur la réforme est très partagée, et que tous ne se voient pas porter

cette réforme, même en soutien à la direction. Un des médecins indique ainsi qu'un soutien à la direction de la part des médecins semble indispensable mais que les chefs de pôle ne peuvent pas assumer la responsabilité du changement. Ils peuvent en revanche expliquer les différences entre les avantages du corps médical et ceux du personnel paramédical. Un autre ajoute que les chefs de pôle peuvent communiquer sur le fait qu'une application stricte de la réglementation sur le temps de travail serait plus juste et plus équitable. Ou encore un autre estime que les médecins peuvent soutenir la permanence des soins au lit du malade, qui suppose un temps de travail plus important. Enfin la dernière conclusion est que les médecins de l'établissement sont favorables à l'accompagnement de la réforme par des compensations, qui ont alors fait l'objet de diverses propositions.

Le second groupe est celui des organisations syndicales, qui sont également des relais d'opinion forts et des freins importants s'ils s'opposent au projet. Espérer emporter l'adhésion des syndicats n'est pas l'objet d'une démarche de présentation du projet. L'objet n'est sans doute pas d'ailleurs non plus de leur présenter toutes les mesures envisagées, mais plutôt d'en évoquer certaines, dans le cadre d'un groupe de travail, réunissant éventuellement des cadres et des soignants, pour prendre la mesure de leur vision d'un changement. Un tel schéma n'est peut-être pas toujours envisageable, notamment dans les établissements où l'opposition syndicale est traditionnellement très forte.

Au centre hospitalier intercommunal de Créteil, où une tradition de coopération saine avec les syndicats permet d'évoquer des hypothèses de travail collectivement, une présentation leur a été faite des trois propositions d'évolutions du protocole : la proratisation des congés et RTT pour les salariés à temps partiel, et la proratisation des congés annuels en fonction de la date de départ en retraite dans l'année ; l'annualisation du temps de travail ; et le retour à la réglementation sur les repos fixes et variables. Il leur avait alors été expliquée la mesure, ses incidences, et le nombre de personnes concernées dans l'établissement.

Le troisième groupe d'acteurs clé correspond à celui des cadres. Contrairement à ce que l'on pourrait penser en venant de l'extérieur d'un hôpital public, les cadres ne sont pas des agents soignants inclus dans une hiérarchie simple et les rouages d'une chaîne d'application de décision descendante. Ils ont un rôle d'influence important sur les agents et les exclure de la chaîne de décision peut orienter leur discours auprès de leurs équipes vers le développement d'arguments d'opposition. Il semble dès lors nécessaire de les associer à la réflexion sur le projet et d'entendre leurs peurs et leurs opinions. Elles seront précieuses pour orienter la réforme vers des mesures plus consensuelles, que ce soit en

termes de modifications du protocole RTT, de compensations, ou de réflexion sur un projet plus englobant sur le temps de travail. Le modèle de travail peut s'envisager autour de petits groupes de réflexion, les plus représentatifs possibles de leur corps (des anciens, des cadres sortis d'école, des faisant fonction, des cadres exerçant dans différents services par exemple chirurgie, médecine, et psychiatrie, etc.).

Ces groupes peuvent associer les cadres avec d'autres groupes comme les syndicats ou des soignants. Ils peuvent être envisagés comme de vrais groupes de réflexion autour de la réforme, ou comme des réunions permettant de prendre la mesure de l'opinion de ces acteurs. Là encore cela doit être réfléchi en fonction de l'influence des cadres, de leur implication dans les projets, et du climat social de l'établissement.

Dans certains établissements la renégociation de l'accord ARTT a fait l'objet d'une large concertation, qui s'est mêlée avec la phase de communication autour de la réforme et la phase de négociation. Ainsi au Centre Hospitalier de Rumilly des discussions collectives ont été organisées service par service, des propositions ont été soumises à des groupes de travail, elles ont fait l'objet de croisements, de concertations, pour arriver à une rédaction collective de l'accord local.

Le dernier groupe qu'il semble incontournable de consulter est celui des élus du bassin de population de l'établissement de santé. L'influence des élus est double : d'une part ils représentent des leaders d'opinion pour les habitants de leurs communes, dont font généralement partie les agents hospitaliers et, d'autre part, ils sont présents au Conseil de surveillance. A noter enfin qu'en fonction de leur influence politique ils peuvent avoir un rôle dans la carrière des directeurs d'hôpital. Il est donc essentiel de les informer de la réforme envisagée et de recueillir leur avis sur le projet. Si la réforme s'avère cependant nécessaire selon l'établissement, et que l'adhésion des élus semble inenvisageable en raison d'une orientation politique ou de convictions incompatibles avec la réforme, l'opposition des élus devra être intégrée dans le schéma de la réforme. L'opposition franche des élus de Villejuif à la réforme de l'accord local RTT au Groupe hospitalier Paul Guiraud, les avait ainsi amenés à défiler auprès des manifestants contre la réforme. L'établissement a cependant réussi à mener sa réforme à bien. Lors de renégociations dans d'autres établissements franciliens, les élus ont demandé à ce que leur soient communiqués des éléments de langage et des éléments d'explication, notamment lorsque des sections syndicales demandaient une audition auprès du maire. Lorsque la réforme prend des proportions politiques plus importantes, en raison de la taille de l'établissement et de son positionnement géographique, une opposition étatique peut alors s'observer. C'est ainsi que des établissements comme l'AP-HP voient leur projet de réforme freiné par l'ampleur que prennent les débats autour du projet qui se nationalise et entraîne des réactions jusqu'au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Là, un soutien du gouvernement, qui pourrait accélérer la remise à plat du temps de travail comme l'envisageait la direction, est empêché par la communication au niveau national faite par les syndicats.

Ainsi l'association des élus à la réforme est centrale, de même que celle du ministre de la santé pour les CHU.

2.1.3 Le choix de la réforme

Une fois l'étude préalable réalisée, un temps de décision doit être dégagé pour réfléchir à toutes les options possibles, en termes de personnel impliqué, de méthodologie, de communication, de calendrier, d'ampleur de la réforme, etc.

A) Choisir entre une renégociation de la totalité de l'accord ou une renégociation progressive de dispositions

Le choix de l'ampleur de la réforme doit se réfléchir en fonction du contexte social, financier et organisationnel.

Le cas fréquent des réformes qui sont engagées dans le cadre d'un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) engage souvent l'établissement dans une révision globale de l'accord. Il est en effet commun dans ce cas que les ARS analysent l'organisation du temps de

travail dans l'établissement. Sont notamment analysées le nombre d'heures annuelles réalisées par les agents et l'écart au nombre moyen observé nationalement, les temps de pause, le nombre de RTT. L'objet de cette analyse est double :

ARS Midi-Pyrénées
Direction de la qualité et de la performance

Axe 4 : Ressources Humaines

*Objectif : Dégager les points forts / faibles de l'établissement en terme de gestion des ressources humaines et compte tenu des opportunités et menaces identifiées.
Sources / outils : Bilan social, indicateurs CPOM, indicateurs HospiDiag, projet régional GPMC, etc.*

Personnel non médical

Structure des équipes

- Une analyse de la structure des équipes a-t-elle été réalisée ? Oui Non
Définition, mise en place et suivi d'effectifs cibles et contractualisation sur ces objectifs avec l'encadrement des services

Temps de travail et organisation du travail

- Les protocoles RTT et les organisations ont-ils été remis à plat ? Oui Non
 » Identification des pratiques non réglementaires et des coûts correspondant (Repas inclus dans le temps de travail et avantages locaux)
 » Chevauchements et durée des transmissions
 » Durées des cycles hebdomadaires
 » Organisation générale (jours de RTT)

amener l'établissement à se conformer à la réglementation en termes d'organisation du temps de travail et dégager des économies budgétaires. L'ARS Midi-Pyrénées a ainsi rendu public en 2011 un guide méthodologique d'élaboration des Plans de Retour à l'Equilibre (PRE) dans lequel on trouve dans un axe 4 consacré à l'analyse des

ressources humaines une partie sur les protocoles RTT et leur « remise à plat »⁷³. L'ARS se positionne également de plus en plus fréquemment dans le cadre des CPOM lorsque le l'accord local apparaît fortement dérogoire au droit commun.

Les protocoles sont souvent revus dans leur intégralité lorsque l'établissement souhaite revenir sur une organisation du travail globale.

Mais il peut être parfois choisi d'engager des renégociations sur certaines dispositions de l'accord sans revoir son économie générale. Ce peut être alors une bonne façon d'engager des réformes nécessaires mais non significatives. Cette politique des « petits pas » est choisie par de nombreux établissements, parfois pour éviter que la réactualisation ne soit accompagnée de mouvements sociaux trop importants et pour alléger la démarche, souvent pour apporter une actualisation mineure du protocole. De même seule une partie du personnel peut être concerné par la réforme, afin d'alléger la négociation. Certains hôpitaux choisissent ainsi de ne concentrer la réforme que sur le personnel administratif et/ou technique, ce qui peut être une solution de facilité mais peut être analysée comme inégalitaire.

La politique de renégociation partielle peut être privilégiée quand le calendrier n'est pas optimal pour engager une telle réforme, notamment après la mise en place d'horaires en 12 heures. Pour reprendre les mots d'Hospimedia « *La refonte des protocoles RTT, c'est du velours pour des syndicats affaiblis sur les 12 heures. Sur le terrain, à Poitiers, La Rochelle ou Cherbourg, les tentatives de renégocier les protocoles RTT virent systématiquement à l'opposition frontale des organisations syndicales. Mises en difficulté sur les 12 heures, elles trouvent là une belle occasion de s'attirer à nouveau les faveurs des hospitaliers.* »⁷⁴ Pour Frédéric Limouzy, directeur du CH de Grasse (Alpes-Maritimes), qui a organisé la dénonciation de l'accord local lorsqu'il était directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier de Rambouillet, l'appétence des agents pour le travail en 12 heures met les syndicats sur la défensive au sujet des RTT : « *Ils sont un peu susceptibles, sentant d'un côté qu'on leur demande de revoir des accords qu'ils ont eux-mêmes plus ou moins signés et, de l'autre, la base qui les pousse vers des solutions de travail qui oblige à supprimer des RTT et sur lesquelles ils sont plutôt contre. Ils sont un peu gênés et donc frileux sur le sujet.* »⁷⁵ Dans ces conditions une négociation partielle peut être privilégiée.

⁷³ Source du schéma : Guide méthodologique d'élaboration des Plans de Retour à l'Equilibre (PRE), ARS Midi-Pyrénées, février 2011

⁷⁴ Dossier Hospimedia Ressources humaines, La renégociation des protocoles RTT témoigne d'un dialogue social bien moribond à l'hôpital, 2015

⁷⁵ Hospimedia [Dossier] Ressources humaines, La renégociation des protocoles RTT témoigne d'un dialogue social bien moribond à l'hôpital, dossier réalisé par Thomas Quéguiner, mai 2015

B) Choisir d'intégrer la renégociation dans une réforme plus importante

La réactualisation d'un accord local sur l'ARTT s'intègre dans certains cas dans une réorganisation plus large et s'accompagne d'outils spécifiques.

Les réorganisations territoriales peuvent ainsi être l'occasion d'engager une harmonisation des organisations de travail et de réactualiser des dispositions devenues handicapantes voire irrégulières. C'est le cas de centres hospitaliers fusionnant ou s'associant dans le cadre de Communautés Hospitalières de Territoire. A cet égard, la mise en place des Groupements Hospitalières de Territoire peut être l'opportunité de jeter les bases d'une gestion plus concertée, voire plus solidaire, entre des directions des ressources humaines qui ont aujourd'hui davantage intérêt à travailler ensemble qu'à conserver des dispositions qui les placent dans des situations de différentiels d'attractivité envers le personnel les amenant à pérenniser des dispositions extraréglementaires. Le Centre hospitalier de Sainte Anne a ainsi progressivement harmonisé les organisations de travail au sein de ses établissements par la révision de leurs protocoles RTT.

La mise en place d'outils de gestion du temps de travail nouveaux peut également conduire à des renégociations larges de l'accord, notamment quand cela s'accompagne par la mise en place de nouvelles méthodes d'organisation telles que l'annualisation du temps de travail ou la mise en place de débits/crédits mensuels. Au Centre hospitalier intercommunal de Créteil le déploiement d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail va permettre de mettre en place une annualisation du temps de travail à la place d'un système de débit/crédit journalier. Ce système est à l'origine de création d'heures de repos non dues si le calcul était fait sur une durée annuelle, notamment pour les agents en cycle horaire de dix heures et de douze heures.

Les logiciels faits après 2002 ont parfois été paramétrés pour intégrer les spécificités du protocole RTT, et sont peu souples pour les modifications. Un changement de logiciel permet un outil de gestion différent, et un outil de planification plus moderne.

Ainsi l'adoption d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail peut être une opportunité pour rétablir des règles. Au Centre hospitalier de Blois le remplacement d'un logiciel vieillissant a été l'occasion de revenir sur des pratiques non réglementaires et non équitables. Au Centre hospitalier spécialisé Les Murets le changement du logiciel de GTT a été l'occasion de paramétrer le temps de travail en heures et non en jours.

La communication est alors adaptée vers une dimension formation et une vision plus technique du projet de réforme et la réforme est donc souvent moins conflictuelle.

C) Choisir de mettre en place des compensations

La dénonciation d'un accord local pour être réussie doit s'accompagner de compensations. Différents choix ont été faits selon les établissements et leurs problématiques propres : étendre les places en crèche, l'amplitude horaire, engager une politique de résorption de l'emploi précaire, proposer une large politique de formations, modifier le tarif du self du personnel, proposer des améliorations matérielles du cadre de travail, renforcer les équipes de suppléance, augmenter le nombre de places de parking, le nombre de logements, etc.

L'établissement fait ainsi un premier travail d'identification des points problématiques au quotidien pour les agents, même si sans lien avec l'organisation du temps de travail, et propose des solutions rapides pour une réforme « gagnant-gagnant ».

A titre d'exemple le Groupe Hospitalier Paul Guiraud s'est engagé à ce que la réforme soit accompagnée d'une politique à long terme de remplacement des congés maternité à un pour un. Le Centre Hospitalier de Pau a quant à lui offert un accès plus large au temps partiel (80% dans les services de soins), une réduction des délais de mise en stage en priorité pour les catégories C (ASH, AS...) positionnés sur des postes permanents, un engagement au maintien des postes requis en lien avec l'appréciation de l'activité des services, le recours à un pool institutionnel (absentéisme de longue durée) et à un pool de pôle (absentéisme de courte durée), et enfin la conservation des 30 minutes de repas et 20 minutes de pause par journée travaillée quelle que soit l'amplitude horaire. Les grandes instances nationales rejoignent également cette méthode : la mission d'Appui Conseil de l'IGAS auprès de l'ARS Ile-de-France concernant le Groupe Hospitalier Paul Guiraud a estimé dans son rapport de 2014 qu'il était nécessaire que les résultats positifs de l'établissement permis par la renégociation viennent alimenter le niveau des dépenses de formation continue : « *Ainsi, l'excédent comptable serait affecté en partie sur une réserve de formation. Cette proposition permettrait en outre d'affecter par pôle cet intéressement collectif et donnerait du sens aux efforts demandés au personnel* ». A noter que mettre en place des compensations sans rapport avec l'objet de la réforme, pourra permettre aux syndicats de se prévaloir d'avantages lisibles nouveaux en compensation de leur signature du protocole auprès de leur base électorale, et faciliter ainsi les négociations.

Il semble cependant important de bien réfléchir aux conséquences des compensations proposées. Les compensations doivent être réalistes et prendre en compte une évolution possible de la situation de l'hôpital. A noter que la communication autour de ces contreparties est fondamentale : elles peuvent être mal comprises ou mal interprétées. Ainsi dans certains hôpitaux il a été compris qu'en contrepartie de la réforme, l'hôpital

maintiendrait son schéma cible d'emplois sur plusieurs années. Cet engagement semble relativement incertain, l'hôpital ne pouvant pas prévoir les facteurs exogènes de réduction d'effectifs, à l'instar d'une baisse des tarifs de la sécurité sociale, du déploiement d'un plan national de réduction des coûts, comme l'est le plan triennal d'économies 2015 – 2017 dit plan Ondam.

Les compensations ont intérêt à être présentées en premier élément de communication. Le choix en termes de communication de l'AP-HP en 2015 est à ce titre intéressant : le premier élément de communication s'est focalisé sur la nécessité de la réforme pour permettre une réduction du déficit. Le second élément a été celui de l'amélioration des conditions de travail, permis par la réforme. Cependant cet argument a été difficilement audible pour les organisations syndicales et le personnel, quand bien même cela est vrai. C'est alors en dernier lieu qu'a été avancé l'argument des contreparties.

D) Choisir le passage aux 35h sans RTT : quelles conséquences en termes d'organisation ?

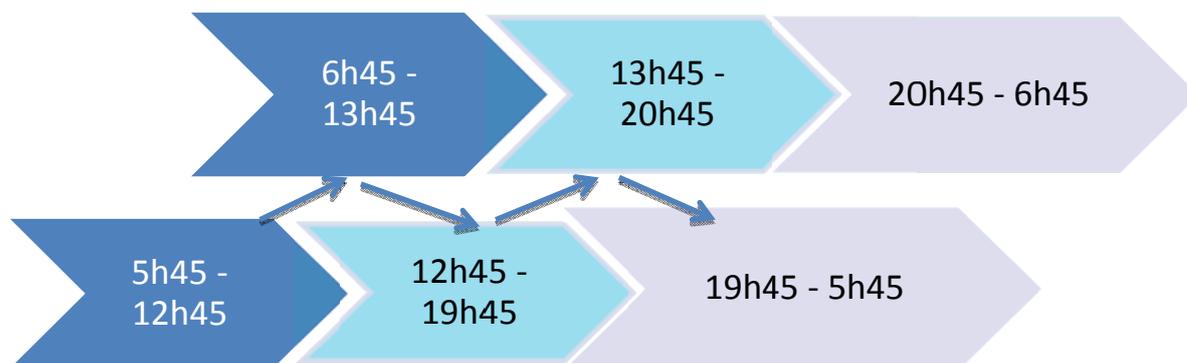
Très peu d'établissements ont fait le choix du passage ou de rester en 35h de cycle hebdomadaire sans générer de jours de RTT.

La raison en est que cela a une incidence immédiate en temps de transmission :

Prenons une équipe soignante composée de 10 agents IDE.

	Matin	Après-midi	nuit	Durée du cycle	Temps de transmission
Organisation en 7h30	7h30	7h30	10h	25h	1h soit 20 minutes par changement
Organisation en 7h00	7h00	7h00	10h	24h	Aucun battement horaire possible pour les transmissions

Les équipes travaillant en 7h journalières doivent alors s'organiser autour de deux lignes par corps :



Les transmissions ne sont jamais réalisées quand l'équipe est au complet, mais dès l'arrivée de l'agent. Dans cet exemple la transmission entre l'équipe du matin et de l'après-midi dure en réalité de 12h30 à 14h : l'agent de la deuxième ligne fait ses transmissions un quart d'heure avant son départ (12h30) à l'agent de la première ligne, qui fera lui-même ses transmissions à l'arrivée de l'agent d'après-midi de la deuxième ligne à 12h45, qui lui-même fera ses transmissions à l'agent d'après-midi de la première ligne à 13h45.

Au Centre Hospitalier de Rumilly où cette réforme a été mise en œuvre, il a été choisi de réaliser des cycles horaires pour les soignants de 7 heures sauf dans certains secteurs où les aides soignants et les infirmiers sont passés en 7h15.

A noter qu'avoir des équipes à deux lignes de rotation constamment suppose des services d'une taille importante.

En outre cela a des incidences en termes d'auto-remplacement de l'équipe. Afin d'assurer que les services continuent de fonctionner, il faut alors organiser des moyens de remplacement précisément. Au Centre Hospitalier de Rumilly, le choix a été fait de permettre aux agents de réaliser des heures supplémentaires pour générer les jours de RTT qu'ils n'ont plus depuis le passage en cycle de travail hebdomadaire de 35h. Cela incite donc les agents à réaliser des heures supplémentaires, et revient à avoir un cycle horaire en plus de 35 heures hebdomadaires. Ces heures supplémentaires sont réalisées dans le cadre réglementaire, à savoir 15 heures par mois maximum (et 18h pour certaines catégories) dans 180 heures par an (et 220 heures). La mise en place d'un outil permettant de calculer le débit/crédit d'heures a permis de créer un tel système d'organisation du travail. Au final en moyenne 6h30 supplémentaires sont « monétisées » par agent et le bilan débit/crédit d'heure permet de générer en moyenne 5 jours de compensation pour les aides-soignants et 8 jours pour les infirmiers.

E) Les choix de renégociation réalisés dans divers établissements

établissement	Avant la réforme	Après la réforme	Année
CHU Poitiers	7h50 – 19 RTT	7h30 – 15 RTT	2014
GH Paul Guiraud	8h – 27,5 RTT	7h36 – 18 RTT	2014
CH la Rochelle	20 RTT	15 RTT	2013
CH Versailles	Suppression des jours de présentisme (1 par quadrimestre)		2014
CH Rumilly	7h36 – 18 RTT	7h – 0 RTT – 0 CET	2004
CH Pau	38h45 – 19 RTT	37h30 – 14 RTT	2014

CHI de Créteil		Proratisation RTT à la quotité travaillée, proratisation congés au départ en retraite	2015
CHS Les Murets	40h -	38h	2015
CH Morlaix	7h36 – 18 RTT	7h30 – 14 RTT	2015

2.2 La phase de négociation et de présentation du projet : le rôle central de la communication

2.2.1 La phase de présentation aux instances

La seconde phase d'une renégociation consiste à consulter les instances de l'hôpital afin de respecter la réglementation tout d'abord, mais aussi de faire adhérer à la réforme un collectif, sans lequel une mise en œuvre ne fonctionnerait pas sans difficulté.



A) Les règles juridiques de consultation des instances

Bien que juridiquement fragile⁷⁶, l'accord local tel que négocié en 2002 représente un engagement de la direction sur les questions de l'aménagement du travail, et sa modification doit faire l'objet d'une procédure de négociation.

C'est d'abord une obligation légale, puisque le décret du 4 janvier 2002 indique que « *L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit.* »⁷⁷. Le décret de 2002 ajoute en son article 15 que « Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire. »

La loi du 5 juillet 2010 vient confirmer que l'organisation du temps de travail est une des questions que les organisations syndicales ont qualité pour négocier en indiquant que

⁷⁶ Cf partie I.A « valeur juridique des accords locaux »

⁷⁷ article 8 du décret n 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

« Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives : 1. Aux conditions et à l'organisation du travail, ... ; ».

Enfin pour être « valides » (politiquement), les accords devront être dorénavant signés par une ou plusieurs organisations syndicales de fonctionnaires ayant été appelées à négocier et qui ont recueilli au moins 50 % des voix (suffrages exprimés) lors des dernières élections professionnelles

La place des représentants du personnel dans la détermination des organisations de travail et de l'indemnisation des heures de travail assurées au-delà des 35h hebdomadaires est donc bien acté dans la réglementation.

Cependant l'article L 6143-7 du Code de la sante publique, dans sa rédaction issue de la loi HPST (2010), précise que *« le directeur... 14°) A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos »*. La loi précise que cette prérogative du chef d'établissement s'exerce *« après concertation avec le directoire »*. Mais même si un accord n'a pas été trouvé avec les organisations syndicales, il convient cependant d'organiser une saisine préalable du Comité Technique d'Etablissement (CTE) qui reste légitime pour traiter des questions d'organisation du temps de travail. En effet l'article L. 6144-3 du code de la santé publique dispose que *« Dans chaque établissement public de santé, un comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur : ... 5. Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ; »*

Au-delà de la consultation du CTE, une réforme d'une telle ampleur doit être envisagée autour d'une concertation plus large et faire l'objet de consultation de plusieurs instances hospitalières. Il convient ainsi également de la soumettre pour avis au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). En effet le code du travail⁷⁸ dispose que *« Le CHSCT est, en outre, informé et consulté obligatoirement dans les cas suivants : [...] avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ; »*. La loi de santé, mise au vote du sénat au moment de l'écriture de ce mémoire, vient en outre renforcer les missions de prévention du CHSCT, notamment en matière de prévention de la santé mentale des agents.

⁷⁸ Code du travail, art. L 4612-8

Même si cela n'est pas obligatoire, il convient également de présenter la réforme à la CSIRMT, dans la mesure où la réforme va aussi impacter l'organisation soignante et en CME dans la mesure où elle pourrait avoir des incidences sur les questions de concordance des temps entre équipes médicales et soignantes. Enfin il est conseillé de présenter la réforme pour information au conseil de surveillance. Consulter ces instances n'a en réalité que vocation à communiquer sur le projet. Cela peut permettre d'apporter des éléments d'explication sur la réforme, des éclairages techniques et afficher ainsi une politique de transparence. Le GH de Paul Guiraud a également fait le choix d'associer les représentants des usagers en partant du principe que la réforme permettrait d'accorder plus de temps soignant aux patients, mais ces derniers ont choisi de ne pas se saisir du sujet, le jugeant trop éloigné de leurs missions en tant que représentants des usagers.

B) La consultation des instances des représentants du personnel et la phase de négociation

La première étape de réunion des instances consiste à les réunir en groupe de travail autour de la renégociation. C'est de la tenue de ces réunions et de la réussite des négociations que dépendra le caractère régulier ou non de la réforme.

Au Groupe Hospitalier de Paul Guiraud de nombreuses réunions de travail ont été proposées aux représentants du personnel entre mai et juin. Les représentants ne se sont pas présentés aux réunions ce qui a amené la direction à élargir le calendrier proposé afin de maintenir le dialogue social. Les organisations syndicales ne se sont finalement présentées qu'à une réunion fin juillet pour exprimer leur désaccord avec le projet. La direction a alors déclaré la clôture des négociations et leur échec.

Si dans la plupart des établissements les négociations se mènent par les mêmes personnes que ceux qui développent et réalisent la communication, dans les grands groupes hospitaliers constitués de plusieurs sites managés par différentes équipes, à l'instar de l'AP-HP, l'AP-HM ou encore les Hôpitaux Civils de Lyon, ces actions sont dissociées pour être réalisées par des personnes différentes. Ainsi à l'AP-HP il a été décidé en 2015 de concentrer la négociation au niveau du siège afin de ne pas reproduire l'écueil qui en 2002 avait conduit à adopter des accords locaux spécifiques à chaque groupe hospitalier. Cette organisation peut avoir pour effet de déresponsabiliser les équipes de proximité quant à la réussite du projet. Ainsi les spécificités des grands groupes hospitaliers rendent la mise en place d'une réforme de l'organisation du temps de travail plus complexe. D'abord parce que la pression médiatique et politique y est plus forte et cela a une incidence sur la conflictualité des organisations syndicales, ensuite

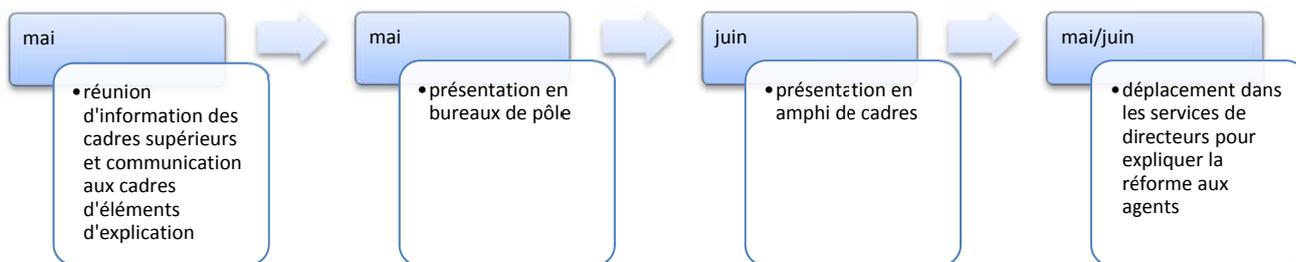
l'organisation des mouvements sociaux et des négociations sont impulsées par les centrales syndicales, et la réaction de la direction est impulsée par le siège. Enfin les établissements du groupe n'ont pas la main sur les arguments, la communication ni le calendrier ce qui diminue la flexibilité. En contrepartie les grands groupes bénéficient d'une force de frappe plus importante, avec des cellules d'appui (juridique, organisation) plus complètes.

Le choix de la méthodologie de négociation est à déterminer en amont et doit faire l'objet d'une communication. L'exemple du Centre Hospitalier Les Murets est à ce titre intéressant. Après avoir réalisé une information du projet en directoire, les organisations syndicales ont été informées via la préparation de l'ordre du jour du CTE. Une réunion d'échange leur a été proposée dans le cadre du comité de suivi en cas de renégociation que prévoyait le protocole. Lors des instances un cadre général de révision du protocole a été proposé et il a été demandé un avis aux représentants du personnel sur la méthode de renégociation et sur le fait de modifier le protocole. Le calendrier a également été acté. A noter que de nombreux syndicats ne se sont pas présentés à cette première instance. La phase de négociation a pu ensuite démarrer dans le cadre de réunions de négociation où les syndicats se sont révélés très en attente de proposition de la part de la direction. La direction leur a alors proposé plusieurs schémas d'organisation du temps de travail en indiquant chaque fois les conséquences financières et en termes d'emploi. Une économie budgétaire cible a clairement été affichée, de sorte d'expliquer que l'économie non réalisée par la modification de l'organisation horaire le serait par des suppressions de postes. Cette méthode a fortement responsabilisé les syndicats quant à leur décision. La mise en place a été proposée sur deux années progressives.

Les organisations syndicales ont demandé à pouvoir organiser un référendum dans l'établissement, ce qui a été toléré par la direction en précisant que celui-ci n'aurait aucune valeur hormis celle d'apporter des éléments d'informations aux organisations syndicales. Enfin la direction a tenu un calendrier précis afin de « maîtriser le temps » comme l'a indiqué S. Huguenard, DRH de l'établissement. Quinze jours après le référendum le nouveau protocole a été signé puis le guide de gestion du temps de travail écrit dans les quinze jours suivants.

2.2.2 Le rôle de la communication dans la gestion de la renégociation

En parallèle : la communication du projet aux services



A) La communication active

Une renégociation n'a pas seulement pour objet d'actualiser un accord local mais doit également être orientée vers l'objectif de faire adhérer un collectif à un nouveau projet. La communication autour de la réforme est alors déterminante.

Déterminer les contours et objectifs de cette communication est la première étape.

Une première phase de communication généralement adoptée est celle autour de la présentation de la réforme. Elle peut être neutre ou argumentée. Ainsi soit s'agit-il d'une présentation technique des évolutions engagées par la réforme sur l'organisation du temps de travail ; soit s'accompagne-t-elle d'éléments de comparaison avec d'autres établissements pour mettre en lumière le caractère dérogatoire des dispositions propres à l'établissement. Ces éléments de présentation peuvent s'accompagner d'informations sur les éléments sur lesquels la réforme ne revient pas, afin d'anticiper les questionnements et les inquiétudes. Ainsi au Groupe Hospitalier Robert Debré (AP-HP), la communication s'est attachée à expliquer que les agents en douze heures, nombreux dans l'établissement, n'étaient pas concernés par la réforme relative aux RTT. Enfin peuvent être travaillés en amont des éléments de langage qui permettront une communication unique par tous les acteurs. Ces éléments de langage sont généralement travaillés par la DRH, de même que les supports de présentation.

Jean-Marie Barbot, président de l'AdRHess, a proposé quelques éléments de communication efficaces pour la réussite d'un renégociation⁷⁹ : le premier élément est que la réforme ne doit pas se focaliser sur les droits à RTT mais proposer une remise à plat de l'organisation et de la gestion du temps de travail, notamment l'adéquation de la charge de travail avec les effectifs, les amplitudes de travail, la durée hebdomadaire, la notion de cycle de travail et, in fine, les droits à RTT. L'objectif doit rester celui d'assurer dans les meilleures conditions la Permanence des soins (PDS). Il importe alors de rappeler qu'optimiser la GTT, c'est mieux assurer la PDS et l'activité, et qu'une bonne GTT participe à la bonne gestion financière d'un hôpital et, au final, protège l'emploi. Cette dimension de préservation de l'emploi doit donc être mise sur la table lors des discussions

⁷⁹ Hospimedia [Dossier] Ressources humaines, La renégociation des protocoles RTT témoigne d'un dialogue social bien moribond à l'hôpital, dossier réalisé par Thomas Quéguiner, mai 2015

avec les partenaires sociaux, comme ça l'a été au CHU de Poitiers en 2014 dans son projet de renégociation du protocole RTT.

Le mode de communication peut prendre divers formats :

- Ecrit : courrier, courriels, notes à l'attention de tous les agents, lettres de cadrage
- Présentations orales : réunions plénières, par service, en instance

Cette première communication a intérêt à être la plus large possible afin d'associer les personnels à la réforme et s'assurer que chacun ait la même information pour générer le moins d'inquiétudes possibles. Au Centre Hospitalier Les Murets la communication a été organisée rapidement auprès des cadres, entendus au sens large : cadres de santé, attachés d'administration, responsables de services, puis dans chaque service par le comité de direction. La présentation peut aussi différer en fonction du public pour s'adapter aux inquiétudes de chacun.

Les présentations peuvent également intégrer une partie relative à la présentation de la méthode de négociation, comme cela a été fait à l'AP-HP, en raison notamment de la spécificité choisie d'une négociation conservée au niveau du siège.

La seconde phase consiste à expliquer le déroulement de la renégociation et les orientations qui sont progressivement prises. Ce peut également être une phase de rectification des rumeurs sur la réforme.

Informations de la Direction générale **VRAI - FAUX** **Organisation du temps de travail à l'AP-HP**

Cette réforme est une remise en cause des 35 heures

Faux

Les 35 heures ne sont pas remises en cause.

La durée de référence du travail restera bien de 35 heures en moyenne par semaine. C'est la manière dont ces heures sont planifiées que l'AP-HP envisage de modifier.

La réforme va supprimer toutes les RTT

Faux

Seul un passage généralisé en sept heures supprimerait toutes les RTT. Le directeur général a assuré que ce régime ne serait pas celui de référence à l'AP-HP. Les autres rythmes permettent d'avoir des RTT.

La pause-repas va être systématiquement supprimée dans tous les services de soins

Faux

La pause repas ne sera pas supprimée, car elle permet au personnel de se restaurer.

Les textes prévoient, de manière restrictive, les situations où la pause repas doit être comptabilisée comme du temps de travail effectif : lorsqu'il peut être appelé à reprendre le travail pendant cette pause.

Dans la majorité des cas, l'agent en pause repas n'est pas à la disposition de son service. Il n'effectue donc pas de travail effectif même s'il reste dans l'enceinte de son hôpital.

Avec cette réforme, la direction veut fractionner la journée de travail

Faux

Il n'a jamais été question d'envisager une journée de travail discontinu.

Avec la réforme, les agents vont travailler sept jours en continu

Faux

La réglementation du travail ne le permet pas et la réforme favorisera la prise de RTT dans le cycle de travail.

Il est nécessaire d'adapter l'organisation du travail aux nouveaux besoins des patients

Vrai

C'est la demande croissante des patients pour une prise en charge en ambulatoire, en médecine comme en chirurgie et plus généralement des durées de séjour plus courtes mais avec une intensité en soins parfois plus forte.

Cette nouvelle organisation du travail c'est des plannings plus stables

Vrai

C'est un engagement et une des contreparties de la réforme.

La réforme va améliorer la qualité de la prise en charge

Lors de la renégociation de l'accord local au CH de Versailles, la communication a trouvé une place centrale. Plusieurs outils ont été développés par la direction. D'abord dans un souci de transparence vis-à-vis des syndicats et de la communauté médicale et soignante, des documents

d'orientation ont été élaborés. Ces documents avaient pour objet de donner les éléments centraux du débat. Ils ont été accompagnés d'études d'impact, où les conséquences financières et en termes d'effectif ont clairement été présentées. La direction s'est attachée à apporter des réponses les plus précises possibles aux questions que pourraient soulever la renégociation. Ces documents ont ensuite été accompagnés de « Vrais/faux » à l'image de ce qu'a fait l'AP-HP. Mais la communication principale a été

menée par les directeurs eux-mêmes, qui se sont déplacés dans tous les services pour apporter des éléments d'explication au personnel sur la réforme.

Une autre méthode de communication peut être l'organisation de formations sur le temps de travail afin de donner des éléments sur la réglementation et montrer les écarts avec l'accord local et la gestion locale qui en découle. Une réforme aura plus de difficultés à être acceptée si les agents n'ont pas conscience du caractère dérogatoire de leur organisation. Une telle formation peut notamment s'adresser aux cadres, qui sont les rouages déterminants de la réussite d'une réforme. Les hôpitaux qui connaissent un faible turn-over des cadres et des soignants qui réalisent toute leur carrière dans l'établissement, font généralement face à une importante méconnaissance des règles de la part de leur encadrement de proximité, qu'il convient d'informer de la spécificité des dispositions du protocole via des informations en instance ou des formations plus approfondies.

B) La distribution des missions de chacun : la réforme, un jeu de rôles ?

L'implication des directeurs dans la réforme est déterminante pour l'acceptation de la réforme. L'option où les directeurs se déplacent eux-mêmes dans les services pour présenter la réforme est probablement la plus efficace bien que chronophage. Cela peut être l'occasion d'expliquer la réforme, mais aussi les compensations envisagées et les implications concrètes positives comme négatives de la réforme pour les agents.

Dans certains établissements le chef d'établissement choisit de s'impliquer personnellement dans la réforme. Par exemple au Centre Hospitalier de Versailles, le directeur de l'établissement a souhaité présider les CTE pendant lesquels était discuté le projet. Cela doit être arbitré en fonction de la personnalité du directeur et du climat social. Une telle implication peut amener à personnaliser le débat et à mettre en péril la fonction de directeur qui doit être protégée.

La direction des ressources humaines a un rôle central dans la réforme. Tout d'abord parce que c'est cette direction qui a les compétences pour apporter les données techniques sur le sujet, et produire des éléments d'explication et de communication. Ensuite cette direction est généralement responsable de la communication avec les représentants du personnel et ainsi de l'organisation des négociations. Le directeur des ressources humaines est l'interlocuteur principal des syndicats et peut être la personne la plus visible de la réforme voire la personnaliser et ainsi protéger la fonction de chef d'établissement.

Si la place du directeur des ressources humaines est souvent décrite, celle du directeur des soins fait rarement l'objet d'une attention particulière. Pourtant son rôle est central pour deux raisons : d'abord il est l'interlocuteur privilégié des cadres de santé. Ensuite il est celui qui devra organiser le temps de travail après la réforme : réfection des plannings, calcul des effectifs cibles, suppression de postes éventuellement, organisation d'une équipe de suppléance, etc. La communication qu'il fait auprès des cadres peut être assistée par la DRH qui produit les éléments de langage et les éléments d'explication technique, mais l'information est relayée au quotidien par les cadres supérieurs qui se font alors les porte-paroles de la direction. Faire de ces cadres des relais d'opinion attachés à la réussite de la politique générale est une des missions centrale du directeur des soins.

Le directeur des services logistiques et techniques a une fonction similaire auprès de ses cadres de proximité des fonctions logistiques.

Enfin les autres membres de l'équipe de direction peuvent être associés à la réforme pour se faire relais de communication dans les services et les instances.

Au Centre hospitalier les Murets, les directeurs ont réalisé un important travail de communication service par service, et les tentatives de perturbation de ces informations pas les organisations syndicales ont été très mal comprises par les agents des services qui ont vu d'un très bon œil la démarche de la direction. Cela a contribué à décrédibiliser les représentants du personnel et à pacifier le mouvement de grève.

C) Faire face aux mouvements de grève et autres mouvements collectifs

La gestion de la réaction sociale dans l'établissement prend souvent le pas sur la communication sur la réforme elle-même pour occuper toute l'énergie de l'équipe de direction et de l'établissement. Anticiper un mouvement social et le gérer au mieux est une des clés du succès d'une renégociation. Si ce mémoire n'a pas pour objet de traiter de la gestion des grèves, il semble cependant important d'évoquer ce point succinctement.

La première étape consiste à anticiper un mouvement social lorsque celui-ci est fortement probable, éventuellement en rappelant aux agents et organisations syndicales les règles encadrant ces mouvements. Peuvent ainsi être rappelées les modalités d'organisation de la grève, les actions possibles et éventuellement les sanctions aux actions proscrites par la réglementation⁸⁰. De telles explications peuvent être indiquées en CTE ou par document de communication interne auprès des représentants du personnel ou par note générale.

⁸⁰ Par exemple il peut être rappelé que le délit d'entrave est puni d'un an d'emprisonnement et/ou de 3.750 euros d'amende. Les peines sont doublées en cas de récidive.

Faire face à une grève consiste ensuite à faire en sorte que les conditions de sécurité des biens et des personnes soient assurées. L'annonce d'un mouvement de grève s'ensuit souvent d'assignations si les absences annoncées sont trop importantes pour garantir la sécurité des soins. La délégation de signature pour les assignations doit être préparée pour que celles-ci soient réalisées au plus vite. Ainsi au Groupe Hospitalier de Paul Guiraud, la DRH a été amenée à signer plus de cinq cents assignations par jour, ce qui a nécessité la participation de nombreux administrateurs. A noter que le groupe⁸¹ a rapidement établi une « assignation à durée indéterminée » pour tous les agents de l'établissement afin d'assurer la continuité des soins. Cette décision s'est appuyée sur une jurisprudence du Tribunal administratif de Lyon de 1978⁸². La stratégie de nombreux établissements consiste souvent à assigner le moins de personnes possibles pour décourager le mouvement de grève. A noter que le coût d'un jour de grève pour un agent hospitalier est en moyenne 72€⁸³. Au CH Les Murets le calcul des effectifs minimum en cas de grève a été réalisé lors de la phase de préparation de la réforme.

Une fois la grève démarrée, celle-ci doit être encadrée et surveillée. Rester rigoureux et égalitaire face à une grève peut parfois consister à se diriger vers le tribunal administratif en référé pour que des sanctions soient prises face à des actions illégales : occupation illicite du domaine public, dégradations, lancement de feux, séquestrations, interceptions de régies hospitalières (exemple : self à l'AP-HP). Le recours aux experts-huissiers est souvent privilégié pour réaliser des constats, étayés par la prise de photos et de vidéos.

P. Ayfre, ancien DRH du GH de Paul Guiraud a ainsi conseillé durant un colloque de l'AdRHess de « *tenir un journal de bord des évènements pour argumenter une éventuel référé, se faire assister par un conseil ou un expert interne en droit public, et garantir la disponibilité interne d'une ressource pour permettre les rédactions multiples et variées liées aux étapes du conflit (courriers, supports de tous types, requêtes du tribunal administratif, interface avec les différents interlocuteurs : huissiers, experts, conseil...)* »⁸⁴.

La tenue d'un journal de bord a aussi été réalisée au Centre hospitalier Les Murets.

Dans les groupes hospitaliers de plus grande taille, il est important que l'information sur les mouvements sociaux soit partagée et connue par tous et fasse l'objet de retours réguliers. La gestion de la grève à l'AP-HP a généré une « *grève dans la grève* » selon les mots d'Olivier Paris, DRH du groupe hospitalier Robert Debré. En effet il a été décidé sur toute l'assistance publique d'appliquer les retenues sur salaires pour les jours de grève, quand les syndicats souhaitaient que soient réalisées des prises de jours sur CET

⁸¹ Décision n°2014-48 relative aux modalités d'assignation des grévistes, GH Paul Guiraud

⁸² TA Lyon, 19 octobre 1978, Hospices civils de Lyon

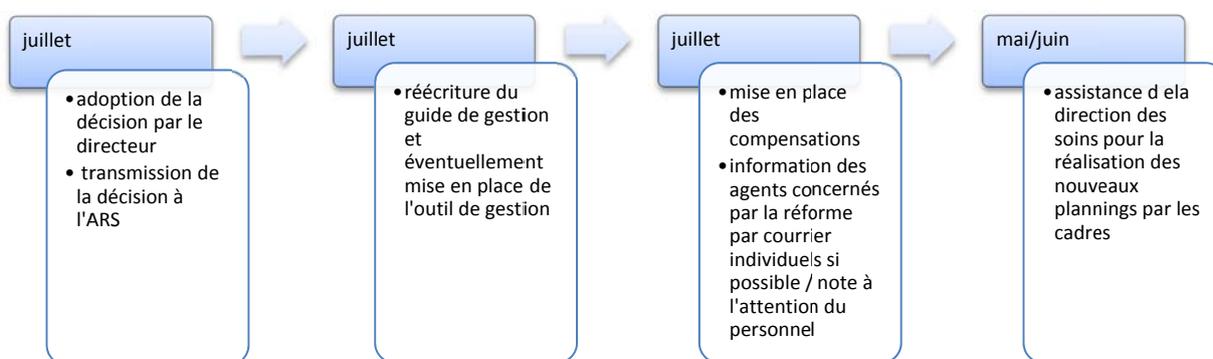
⁸³ Calcul : salaire moyen d'un agent hospitalier (2208 €) / 30 (chiffre INSEE 2011)

⁸⁴ Présentation de M. P. Ayfre lors du colloque de l'AdRHess sur le sujet de la renégociation du protocole ARTT au GH Paul Guiraud et au CH de Pau, septembre 2015.

ou une négociation sur les jours de grève en fin de conflit. La gestion de la grève génère ainsi des conflits.

Des conférences téléphoniques ont été organisées régulièrement entre le directeur général, le DRH du siège, les directeurs et les DRH des groupes hospitaliers afin d'harmoniser l'information entre tous les acteurs. Ainsi l'objet de ces réunions était que tous aient un bon niveau d'information, et éviter que les représentants du personnel soient mieux informés que la direction, relativiser les actions sociales et valoriser le comité de direction dans sa gestion du conflit, et enfin organiser une gestion harmonisée des réactions syndicales.

2.2.3 L'après réforme : de la mise en place des nouvelles organisations à l'évaluation



A) La réfection des plannings

Une fois le nouveau protocole adopté par signature du directeur de l'établissement et avis du CTE, un travail important de réfection des plannings des agents concernés par la réforme démarre. Les établissements s'organisent généralement en impliquant les cadres. Cela passe par une formation sur le nouveau logiciel lorsque c'est le cas ou les changements induits par la réforme sur le logiciel existant et par la transmission de maquettes organisationnelles. L'ANAP a par exemple produit de telles maquettes disponibles sur demande sur leur site⁸⁵. Elles se présentent comme ci-dessous :

⁸⁵ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/gerer-et-organiser-le-temps-de-travail-non-medical-kit-doutils/>

HP), mais qui peuvent également être déconnectées du temps de travail (travaux, formations, travail sur les parcours professionnels, places de parking, agrandissement de la crèche, etc.).

B) La réfection/création du guide de gestion du temps de travail (GTT)

La réactualisation du protocole d'accord local peut être l'occasion de créer un guide de gestion du temps de travail, ou de réactualiser celui existant. L'enquête réalisée par la conférence des DRH FHF Ile-de-France a démontré que 61% des établissements ont élaboré un guide RTT ou GTT. Ainsi le magazine santé RH de préciser : « *Même si nul n'est censé ignorer la loi, encore faut-il que celle-ci soit écrite... La formalisation par la DRH, et au moyen d'un guide remis à jour régulièrement, des règles de gestion du temps de travail, permet de disposer d'un document unique servant de référence aux différents acteurs (cadres, représentants du personnel...)* ». ⁸⁶ Au delà des considérations juridiques et techniques, la formalisation des règles de gestion du temps de travail (GTT), permet une application homogène des règles dans tous les pôles et services. Certains établissements réalisent cette actualisation du guide en routine, sans attendre les renégociations, à l'instar du Centre Hospitalier de Versailles qui a nommé trois référents (un informaticien, un AAH et un cadre de santé). Ce groupe est chargé de réaliser une actualisation annuelle du guide, et ces personnes sont à ce titre les interlocuteurs immédiats des cadres pour toute interrogation relative à l'application du protocole et l'utilisation du logiciel de gestion du temps de travail.

Parallèlement à la réfection de ces plannings et la rédaction du nouveau guide du temps de travail, il est nécessaire d'organiser le paramétrage du système de gestion informatisée du temps de travail avec les nouvelles dispositions du protocole RTT. Ce paramétrage représente un travail important, qu'il est important d'anticiper en désignant les personnes chargées de ce travail. Au Centre hospitalier Les Murets, deux agents ont ainsi dégagé un mi temps pour reparamétrer le logiciel de gestion du temps de travail.

C) La communication sur l'accord renégocié

Une fois la renégociation terminée et la réforme actée par décision du directeur de l'établissement, la nouvelle organisation doit faire l'objet d'une communication. Celle-ci se déroule alors généralement en instance pour une communication interne. Elle peut

⁸⁶ Santé RH, la gestion du temps de travail du personnel non médical a l'hôpital en 2009 : contraintes, opportunités et marges de manœuvre, 2009

également prendre les autres voies de communication interne, à l'instar du journal interne, comme l'a fait le Centre hospitalier Les Murets. Cet établissement a également choisi de laisser une tribune aux organisations syndicales dans le magazine interne pour qu'ils puissent s'exprimer sur les raisons de leur vote favorable au nouveau protocole.

La communication peut s'accompagner d'une diffusion externe de l'information par voie de presse ou via les élus territoriaux. A l'AP-HP on a ainsi pu observer l'utilisation forte de la communication extérieure comme vecteur d'informations.

D) Evaluation des nouvelles organisations

Les centres hospitaliers réalisent généralement une organisation de l'évaluation du protocole RTT, parfois parce que cela est un engagement lors de la renégociation, souvent parce que cela permet un suivi des conséquences avec un suivi financier et une communication à visée interne. Au Centre hospitalier de Pau a ainsi été mis en place un comité de suivi « *Evaluation de l'ARTT, chargé de travailler sur les dysfonctionnements observés* ». Une méthode similaire a été adoptée au Centre hospitalier Les Murets où a été organisé un comité de suivi annuel chargé de l'évaluation du protocole et d'en fixer les indicateurs de suivi. L'évaluation du protocole s'est également accompagnée d'un suivi des gains économiques réalisés et de la conséquence en termes de suppressions de postes nécessaires, ce qui était l'objet de l'engagement premier, associé à un suivi des chiffres d'absentéisme. A ce travail s'ajoutera l'organisation d'un audit après un an demandé par le CHSCT dans le cadre de leur possibilité de demander une expertise.

Le Centre hospitalier de Rumilly a réalisé un suivi similaire en réalisant des enquêtes sociales régulières (2006, 2009 et 2015) suite à l'adoption du protocole en 2004 et un suivi précis de l'absentéisme. Enfin le Groupe hospitalier Paul Guiraud, dont la renégociation du protocole s'était réalisée dans le cadre d'un plan d'économies important sur les moyens de remplacement, a réalisé un suivi des indicateurs d'absentéisme associé aux crédits de remplacements alloués sur 18 mois suivant l'adoption de l'accord local.

L'évaluation est ainsi la dernière étape de la renégociation d'un protocole d'accord local sur le temps de travail, et place l'établissement dans une attitude de réactualisation de son accord local en fonction des résultats et des évolutions réglementaires afin d'éviter de reproduire le schéma précédant la renégociation, à savoir souvent treize ans d'application d'un protocole devenu obsolète et lourd à gérer pour l'établissement.

Conclusion

Si la RTT a été présentée comme facteur de partage du travail, d'un plus grand équilibre vie privée-vie professionnelle et par là un moyen de réduire l'absentéisme et la pénibilité, ce constat doit être nuancé. Les difficultés de recrutement conjugués à la réduction du temps de travail et l'impossibilité créée par les protocoles RTT de réfléchir à partir d'un nouveau cadre organisationnel n'ont en réalité pas permis aux agents de bénéficier pleinement de la réforme et a généralisé des organisations à flux tendu générant de la tension. Il est notable d'observer à quel point la vision de la réforme a changé : alors que les 35 heures étaient initialement regardées comme une mesure aussi forte que la 5^{ème} semaine de congés payés, elle est aujourd'hui analysée sous un angle beaucoup plus macro-économique, sous l'effet de la crise, de la T2A et d'un discours des tutelles qui a évolué. Du point de vue des agents concernés, les RTT ont donné plus de congés mais n'ont pas donné plus de moyens financiers aux agents pour partir en vacances, ils observent une densification de leurs tâches et une insécurité des plannings, et les protocoles ont mis en place une organisation qui est peu valorisante et épuisante au quotidien pour les cadres. Les agents vont cependant rarement dans le sens d'une renégociation de ces protocoles hormis lorsqu'ils permettent les douze heures. Il est peu probable de susciter leur adhésion, dans la mesure où les salariés voient les conséquences individuelles immédiates en termes de suppression de jours de congés.

Treize ans après leur mise en œuvre, 50% des établissements ont renégocié leur protocole RTT, au moins partiellement, et de nombreux hôpitaux s'engagent dans cette démarche. L'exemple de plusieurs établissements ayant connu cette expérience est un appui important pour ceux qui souhaitent démarrer une renégociation de leur accord local. Cependant l'opposition sociale présente dans certains établissements, les influences politiques ou encore la pression médiatique empêchent beaucoup d'établissements de mener une réforme aboutie et satisfaisante de leur accord local.

Des acteurs indépendants ont ouvertement dénoncé ces protocoles, à l'instar de l'IGAS qui, à l'occasion de sa mission d'appui à l'ARS relative à l'organisation du travail au GH de Paul Guiraud, a insisté sur les disparités engendrées par les protocoles d'ARTT entre les établissements et a pointé l'absence de clause de renégociation dans de nombreux protocoles d'accords locaux. Les ARS regardent avec un regard plus critique ces protocoles dont elles proposent la renégociation lors des PRE et quelques fois des CPOM.

C'est dans ces conditions que plusieurs voix hospitalières s'élèvent pour réclamer un soutien étatique dans ces actions de renégociation. Il ne s'agit pas nécessairement d'encadrer l'autonomie des établissements en matière de ressources humaines mais

plutôt d'établir des règles d'organisation du temps de travail plus raisonnables par rapport à la responsabilité financière des établissements publics. C'est ainsi que la FHF demande clairement au législateur que soit fixé un plafond de 15 jours de RTT par an.

Si la situation des établissements de santé est particulière en raison de la spécificité de la permanence des soins hospitaliers, ces établissements ne sont pas les seules institutions publiques à envisager la remise en question d'accords locaux sur le temps de travail. Ainsi plusieurs collectivités territoriales⁸⁷ ont modifié la durée annuelle de travail pour s'approcher de la durée légale, et de plus en plus de services de l'Etat envisagent des réformes similaires. Le mouvement général est réel, et il est à penser que ce mouvement entrainera progressivement la quasi-totalité des hôpitaux avec lui.

⁸⁷ Exemple : communes de Grenoble, Agen, conseil général du Tarn

Bibliographie

Ouvrages

L'impact macro-économique d'une politique de RTT : l'approche par les modèles macro-économiques, DARES (Mission analyse économique), SEMEF-BDF, OFCE, janvier 1998.

Premières évaluations quantitatives des réductions collectives du temps de travail, par Murielle Fiole, Vladimir Passeron et Muriel Roger, janvier 2000.

N° 37 Analyse des premiers accords conventionnés de passage à 35 heures - Étude monographique de 12 accords, par Pierre Boisard et Jérôme Pelisse, février 2000.

N° 56 Principaux résultats de l'enquête RTT et modes de vie, par Marc-Antoine estrade et Dominique Meda (DARES), mai 2002.

L'effet des 35 heures sur la durée du travail des salariés à temps partiel, par Aline Oliveira (ENSAE) et Valérie Ulrich (DARES), sept. 2002.

Les déterminants du jugement des salariés sur la RTT, par Gilbert Cette (CEDERS), Nicolas Dromel (GREQAM) et Dominique Méda (DARES), novembre 2003.

Les pouvoirs du temps. La transformation des régulations dans les organisations du travail après la RTT, par Michel Pepin, en collaboration avec Bernard Doerflinger, Yves Jorand, Myriame Maufroy, janvier 2005.

RTT et organisation du travail : l'incidence des lois Aubry II, par P. Charpentier (Griot-Lise, Cnam-Cnrs), H. Huyghues Despointes, M. Lallement (Griot-Lise, Cnam-Cnrs), F. Lefresne (Ires Et Griot-Lise, Cnam-Cnrs), J. Loos-Baroin (Beta/Latts-Cnrs, Cnam-Cnrs), N. Turpin-Hyard (Griot-Lise, Cnam-Cnrs), Mai 2005.

Renégocier la RTT. Les enseignements de 16 démarches d'entreprise, par M. Pepin, B. Doerflinger, Y. Jorand, P. Nicolas (Essor Consultants) et D. Tonneau (Ecole des Mines de Paris), avril 2006.

Articles

« **Réduction du temps de travail et enjeux organisationnels** », A. Masson et M. Pépin, Travail et Emploi n°83, juillet 2000

« **Mettre en œuvre la réduction du temps de travail** » sous la direction de A. Masson, ANACT (2000)

Thèses et mémoires

Anticiper le passage aux 35 heures à l'hôpital, Mémoire ENSP, Yann Dubois, filière directeurs d'hôpital, 2000

Rapports

Rapport de la Commission d'enquête relative à l'impact de la RTT, Fédération hospitalière de France, 18 septembre 2014, 17 pages ;

Enquête FHF, 2002-2014 l'organisation du temps de travail toujours en débat, 2014

Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013, ATIH, mars 2015

Rapport de la Cour des comptes sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, Cour des comptes, 2014

Rapport sur les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé, Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, 2006.

L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes, DREES, ÉTUDES et RÉSULTATS n° 709 - novembre 2009.

Enquête COI-H 2006 auprès des salariés, DREES, DARES, CEE, 2006

Conditions de travail, Enquête Insee-Dares, , 2005

Temps de travail : mettre fin aux blocages, Rapport Montaigne, octobre 2014

Littérature grise

Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Assemblée nationale, Jeudi 18 septembre 2014, Séance de 9 heures 30, Compte rendu n° 11

Guide méthodologique d'élaboration des Plans de Retour à l'Equilibre (PRE), ARS Midi-Pyrénées, février 2011

La gestion du temps de travail à l'hôpital en 2013, le dernier des gisements ?, Colloque AdRHess, 2014

Enquête régionale sur la gestion du temps de travail dans les hôpitaux en Ile de France, Conférence régionale des DRH FHF Ile de France ; enquête menée au niveau francilien, et présentée en avril 2015 au colloque annuel de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS)

Rapport d'observations définitives et sa réponse, Centre hospitalier Victor Dupuy à Argenteuil (95). Exercices 2008 et suivants, Observations définitives délibérées le 22 juillet 2014, CRC Ile de France

Protocole d'accord local AP-HP

Guide de gestion du temps de travail « Chronoguide » du CHI de Créteil

Compte rendu de la réunion du 19 novembre 2001 à l'ARH Pays de la Loire sur la répartition de l'enveloppe régionale relative à l'aménagement et réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

Courrier en date du 4 juin 2002 du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France aux Hôpitaux de Saint Maurice Esquirol

AP-HP, document d'orientation « organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP », avril 2015 (document communiqué aux syndicats en mai 2015 dans le cadre de la réforme du temps de travail engagé par l'assistance)

Document de communication interne « Conditions et organisation du travail à l'AP-HP, Premiers retours sur les études de terrain en cours », AP-HP, 29 juillet 2015

Rapport de la Mission d'Appui Conseil auprès de l'ARS Ile-de-France concernant le groupe hospitalier Paul Guiraud (Villejuif), IGAS, 2014

Décision n°2014-48 relative aux modalités d'assignation des grévistes, GH Paul Guiraud

Textes réglementaires

- Code de la santé publique
- Code du travail
- Arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé
- Décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé
- Arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière
- Décret n°2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps (CET) dans la FPH
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009
- Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 87.594 du 22 juillet 1987 portant création de la médaille d'honneur régionale, départementale et communale
- Circulaire NOR MFPF120221C relative aux modalités de mise en œuvre de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

Jurisprudence

- CE, 19 juin 2006, n°279877, Syndicat national unifié des impôts
- CE, 27 octobre 1989, n°102990, Syndicat national des ingénieurs des études et de l'exploitation de l'aviation
- TA Lille, 9 octobre 2012 de Kepper et Szyndler
- TA Montpellier, 23 mai 2012 de Bonfanti

- CAA Montpellier, 11 février 2008 de Bonfanti,
- CAA Nantes, 30 juin 2009 FO vs CHS de la Sarthe.
- TA Lyon, 19 octobre 1978, Hospices civils de Lyon

Actes de colloques et communications

Présentation de M. P. Ayfre lors du colloque de l'AdRHess sur le sujet de la renégociation du protocole ARTT au GH Paul Guiraud et au CH de Pau, septembre 2015.

Présentation de Gabriel Déplante au colloque de l'AdRHess sur le sujet de la renégociation du protocole ARTT au CH de Rumilly, septembre 2015

B. Accoyer, lors de la séance de 9h30 du jeudi 18 septembre 2014 à l'Assemblée nationale pour la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail.

M. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Jeudi 18 septembre 2014 Séance de 9 heures 30

Articles de presse

Jean-Pierre Dewitte à Hospimedia le 14/06/2013 in <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130614-dialogue-social-le-plan-d-austerite-du-chu>

La gestion du temps de travail du personnel non médical à l'hôpital en 2009 : Contraintes, opportunités et marges de manœuvres, Santé RH, 2009

La renégociation des protocoles RTT témoigne d'un dialogue social bien moribond à l'hôpital, Hospimedia [Dossier] Ressources humaines, dossier réalisé par Thomas Quéguiner, mai 2015

le casse-tête des RTT, Le parisien, 6 mai 2015,

Sites internet

Vie publique, la rénovation du dialogue social dans la fonction publique

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Questionnaire semi-directif

Annexe 3 : temps de travail des agents publics en France, source Capital

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Jérôme Sontag, DRH du CHIC

Olivier Paris, DRH GH Robert Debré, AP-HP

Fanny Martin Born, DRH CH de Versailles

Séverine Huguenard, DRH CH Les Murets

Matthieu Girier, DRH des Hôpitaux de Saint Maurice et ancien DRH du CH de Lens

Jean-Marie Barbot, chef d'établissement de l'hôpital Fondation Vallée et président de l'AdRHess

Aurélien Vautard, DRH du CH de la Rochelle

Yann Dubois, professeur à l'EHESP, ressources humaines

Pascale Bourguignon, cadre supérieur gestionnaire de l'équipe de suppléance au CHIC

N.B. j'ai pris le parti de ne pas interroger d'organisations syndicales pour la réalisation de ce mémoire, partant du principe qu'elles étaient orientées vers la défense des acquis sociaux ; et les renégociations proposant systématiquement des révisions à la baisse, elles ne pouvaient qu'être contre. Ce mémoire avait une visée plus opérationnelle de la tenue des renégociations, pour laquelle les DRH étaient plus en mesure de m'apporter des éléments.

Annexe 2 : Questionnaire semi-directif

Avez-vous procédé à une renégociation du protocole RTT dans votre établissement ?

Dans quel contexte social s'est-il réalisé ?

La réforme s'est-elle insérée dans une réforme plus large (calcul des effectifs, politique de lutte contre l'absentéisme, changement du logiciel temps de travail, annualisation) ?

La réforme a-t-elle été déclenchée en raison d'un PRE ?

Avez-vous réalisé une évaluation financière de la réforme ? quelle méthode avez-vous utilisé ? Quel bilan en faites-vous ?

Avez-vous associé les médecins à la réflexion autour du projet de renégociation ?

Les cadres ?

Les syndicats ?

Les élus ?

Avez-vous proposé des compensations ?

Quels étaient les arguments avancés pour la renégociation ?

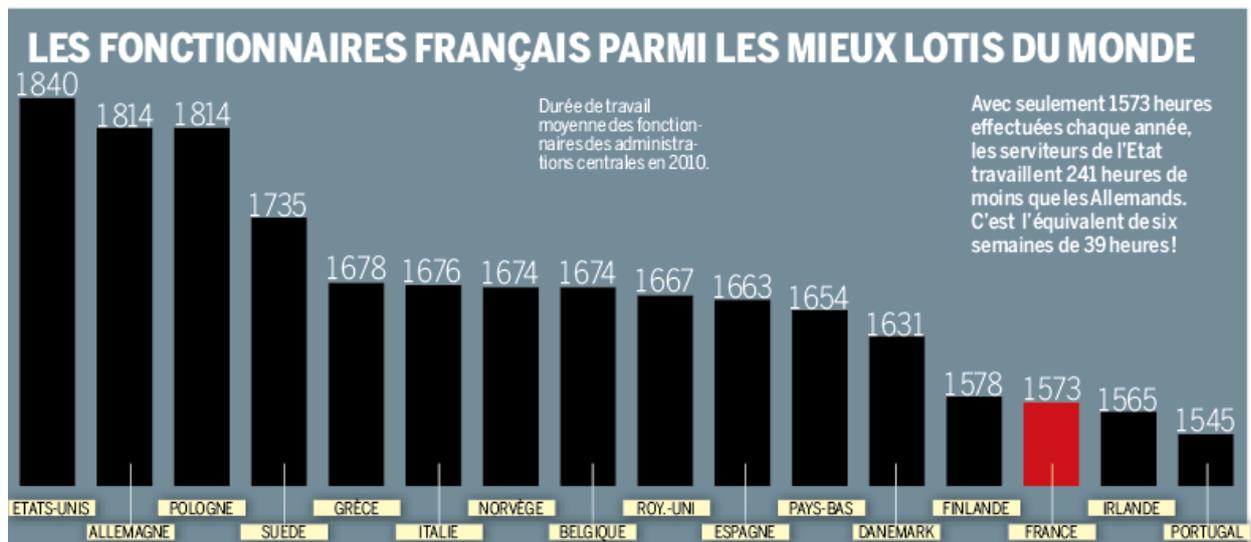
Comment avez-vous communiqué sur la réforme ?

Quelle a été la place du directeur des soins dans la réforme ? Du DRH ? Du directeur de l'établissement ? Des autres directeurs ?

La gestion de la grève a-t-elle pris le dessus sur la communication sur la réforme ?

Combien de temps a pris la renégociation, de la réflexion du projet à la signature de l'accord ?

Annexe 3 : durée de travail moyenne des fonctionnaires français



Filière Directeurs d'hôpital

Promotion 2014 - 2016

Etat des lieux des protocoles RTT treize ans après la réforme des 35 heures : du constat d'échec à la renégociation**Résumé :**

Suite à la publication du décret du 4 janvier 2002 mettant en place la réforme des 35 heures dans les établissements publics de santé, les hôpitaux ont été fortement encouragés à concerter leurs organisations syndicales afin de proposer rapidement un protocole d'accord local organisant le travail et notamment la RTT. La conséquence de ces négociations locales a été la mise en place de protocoles très divers avec des dispositions qui ont enfermé les hôpitaux au moment du passage à la T2A. Treize ans après leur mise en œuvre, ces accords locaux sont remis en cause de toutes parts. La première raison est financière. Ces accords ont mis en place des mesures plus avantageuses en termes de jours de congés ou de RTT que ce que prévoyait la réglementation, voire des dispositions extraréglementaires, qui aujourd'hui se mesurent en millions d'euros par an pour les hôpitaux. Le second point mis en avant par les détracteurs des protocoles est leurs incidences organisationnelles. Si la RTT a été présentée comme facteur d'un plus grand équilibre vie privée-vie professionnelle, ce constat doit être nuancé. Les difficultés de recrutement conjugués à la réduction du temps de travail et l'impossibilité créée par les protocoles de réfléchir à partir d'un nouveau cadre organisationnel n'ont en réalité pas permis aux agents de bénéficier pleinement de la réforme et a généralisé des organisations à flux tendu générant de la tension.

L'objet de ce mémoire est double : apporter un panorama des protocoles d'accords locaux sur l'aménagement du temps de travail dits « protocoles RTT » en 2015, leur contenu et leurs conséquences (I) ; et proposer un schéma de renégociation de ces protocoles à partir de plusieurs expériences locales (II).

Mots clés :

Protocole RTT, temps de travail, hôpital, santé, organisation du travail, impact financier, accord local, renégociation, communication

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.