

Ecole Nationale de la Santé Publique

Mémoire Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 1998-2000

**ANTICIPER LE PASSAGE AUX 35
HEURES A L'HOPITAL**

**ELABORATION D'UNE METHODOLOGIE
AU CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT-MALO.**

Yann DUBOIS

*« Mangez sur l'herbe,
Dépêchez-vous,
Un jour ou l'autre l'herbe mangera sur vous. »*
Jacques Prévert

REMERCIEMENTS

Mes plus vifs remerciements à Emmanuelle QUILLET qui, grâce à sa disponibilité et ses talents pédagogiques, a su faire de mon temps de travail un temps plaisant et stimulant ;

à Jean Paul HERRY, Gilles RAVÉ et Hugues DESTREM auxquels ce mémoire appartient aussi un peu ;

et bien sûr à C. qui subrepticement, se cache derrière chaque mot.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.N.A.C.T. :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
A.R.H. :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.T.T. :	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
A.S. :	Aide Soignant(e)
A.S.H. :	Agent des Services Hospitaliers
C.H. :	Centre Hospitalier
C.T.E. :	Comité Technique d'Etablissement
D.R.H. :	Direction des Ressources Humaines
E.T.P. :	Equivalent Temps Plein
F.H.F. :	Fédération Hospitalière de France
I.D.E. :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
PREMIERE PARTIE : EN QUOI LE TEMPS DE TRAVAIL EST DEvenu UNE RESSOURCE POUR L'HOPITAL.	p. 7
A – LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL EST UN OUTIL PERTINENT DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.	p. 7
1 – Le temps de travail comme objet de négociation et de contreparties.	p. 7
2 – La dissociation entre les pratiques locales et le cadre juridique général.	p. 10
A – La règle du jeu.	p. 11
B – Le jeu de la règle.	p. 13
B – LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES CONSTITUE L'OCCASION D'UN RENOUVEAU JURIDIQUE.	p. 14
1 – La définition attendue du travail effectif.	p. 14
A – Temps de repas et temps de pause : un problème d'égalité.	p. 15
B – Les astreintes à domicile : un problème de régulation.	p. 16
2 – La question de l'annualisation.	p. 17
A – Les faits : l'explosion de la notion de semaine.	p. 17
B – La problématique : entre gestion annuelle et annualisation.	p. 18
3 – Le problème de l'incidence du passage aux 35 heures sur le temps partiel.	p. 22
A – Le risque d'une modification généralisée des quotités de temps partiel.	p. 22
B – Quelle politique d'incitation au temps partiel ?	p. 25
SECONDE PARTIE : LA MAITRISE DU TEMPS EST UN PREALABLE A TOUTE REDUCTION.	p. 27
A – LES ENJEUX D'UN DECOMPTE EFFICACE : A LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU.	p. 27
1 – L'organisation générale et les règles applicables : vers une comptabilisation horaire annualisée.	p. 27
A – Une gestion décentralisée du temps de travail.	p. 28
B – Une gestion proratisée du régime des absences.	p. 30
2 – Les mécomptes malouins : des économies à faire.	p. 34
A – La pratique locale de la journée câlin.	p. 34
B – La valorisation des absences maladies : des pertes d'heures de travail potentiel.	p. 35
3 – Pour l'instauration d'un « chronoguide ».	p. 37
A – l'exemple du CHI de Créteil.	p. 38
B – Du boulier à l'informatique.	p. 39

B – LE TEMPS DE TRAVAIL CHEZ NOS VOISINS BRETONS : VARIATIONS SUR LE MEME THEME.	p. 40
1 – Comparaisons.	p. 40
2 – Entre réduction fictive et réduction effective du temps de travail.	p. 45
A – Les conséquences en matière de réorganisation du travail.	p. 45
B – Les conséquences en matière d’allocation de moyens supplémentaires.	p. 46
TROISIEME PARTIE : LES PRINCIPES DE LA DEMARCHE : SUR QUELS LEVIERS AGIR ?	p.49
A – CONCILIER LES DIFFERENTES FINALITES DE LA REDUCTION AUPRES DES ACTEURS INSTITUTIONNELS.	p.49
1 – La mise en œuvre du triptyque patient/personnel/emploi.	p.50
A – L’amélioration de la qualité des soins comme contrepartie des gains de temps libre.	p.50
B – La prise en compte des aspirations du personnel en matière de conditions de travail.	p.52
C – L’emploi, au carrefour de logiques contradictoires.	p.53
2 – La mobilisation obligée des différents acteurs institutionnels.	p.54
A – L’information et l’implication des organisations syndicales.	p.54
B – L’information et l’implication du personnel.	p.55
C – L’information et l’implication des médecins.	p.56
B – CONFRONTER LES ECARTS ENTRE LES BESOINS ET L’ORGANISATION DU TRAVAIL EN PLACE.	P58
1 – Quel mode d’analyse de la charge de travail ?	p.59
A – Les tentatives de quantification de l’activité.	p.59
B – Les expériences d’ajustement de l’activité.	p.62
2 – Quelles principales variables organisationnelles ?	p.65
A – La réduction des temps de chevauchement.	p.65
B – L’efficience des transmissions générales.	p.68
C – Les possibilités de glissement de tâches.	p.69
D – Le choix des fermetures.	p.70
QUATRIEME PARTIE : ESSAI DE SCENARIO POUR UN PASSAGE AUX 35 HEURES.	p.72
A – LE CAS DU SERVICE DE MOYEN-SEJOUR.	p.72
1 – La logique de fonctionnement du service.	p.73
A – La nature de l’activité.	p.73
B – L’organisation du travail.	p.74
C – Les caractéristiques de l’emploi du temps du personnel.	p.75
2 – Les arbitrages possibles.	p.80
A – Le système proposé.	p.80

B – Les explications.	p.86
C – La morale de l’histoire.	p.88
B – COMMENT GENERALISER A L’ENSEMBLE DE L’HOPITAL ?	p.90
1 – La diversité sans l’iniquité.	p.91
A – Une problématique spécifique à chaque service.	p.91
B – A la frontière de la différence et de l’injustice.	p.92
2 – Le financement, source d’espoir et d’inquiétude.	p.93
A – Incertitudes sur l’évolution de la Section d’Exploitation.	p.93
B – Incertitudes sur les critères de répartition.	p.95

CONCLUSION	p.96
-------------------	------

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Note de service relative aux Congés Annuels et Absences Autorisées des agents exerçant à temps plein et à temps partiel.

ANNEXE N°2 : Note de service relative aux Jours de Fêtes Légales et des jours susceptibles d’être chômés et payés en 1999.

ANNEXE N°3 : Annualisation du temps de travail dans l’unité Dominique Larrey.

ANNEXE N°4 : Fiches synthétiques sur le temps de travail des hôpitaux bretons (site internet de l’ARH)

ANNEXE N°5 : Exemple de grille AGGIR dans le service de Moyen-Séjour.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Dans le panthéon de la mythologie grecque, même Zeus devait se soumettre au pouvoir des trois Moires : maîtresses du destin des hommes, elles cousaient inexorablement les fils du temps de l'humanité. Ainsi le temps échappait-il à toute maîtrise, celle des hommes comme celle des Dieux.

C'était sans compter sur l'avènement de l'hôpital public, dont une des contraintes majeures au cours de ces dernières années a été de réduire et d'aménager le temps en son sein ! Dans un secteur où s'impose particulièrement la recherche d'un compromis entre la qualité du service et l'amélioration des conditions de travail du personnel, la gestion du temps de travail est devenue en effet un facteur d'équilibre.

Dans un contexte de moindre progression des budgets, l'hôpital a été conduit, comme toute autre entreprise de production de service, à adapter l'activité de ses personnels aux besoins évolutifs de ses patients. Ce que l'on appelle l'aménagement du temps de travail à l'hôpital résulte tant de la nécessité d'améliorer l'efficacité du service public au regard des exigences des usagers, que de l'obligation de résultats au regard des contraintes économiques¹.

L'adoption, le 13 juin 1998, de la loi d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail s'inscrit en cela dans cette logique : sur la réduction quantitative et séculaire de la durée hebdomadaire du travail se greffe une dimension dite qualitative,

¹ Selon Michel PÉPIN, « *L'évolution économique et sociale de ces dernières années conduit de plus en plus à considérer l'organisation du temps de travail comme une variable d'action dans la gestion d'un établissement.* » Informations Hospitalières, (spécial n°15), Octobre-Novembre, 1987.

soulignée par Madame Martine AUBRY elle-même aux Assises de l'Hospitalisation². A vrai dire la réalité du secteur sanitaire, qui produit une prestation de service – soit un bien dont les composantes sont essentiellement immatérielles – montre les limites d'une approche purement comptable du temps de travail et la nécessité d'engager une réflexion globale sur l'organisation du travail.

Certes, la fonction publique hospitalière peut se prévaloir de n'être pour l'instant pas concernée par l'application de cette loi : mais ce n'est que partie remise, comme le laisse entendre l'article 14 de la présente mesure législative³. Monsieur Gilbert CETTE, conseiller technique de Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a d'ailleurs justifié la dissociation du passage aux 35 heures entre « public et privé » pour des raisons tenant avant tout à la spécificité de l'administration⁴.

C'est dans cette mesure que le Centre Hospitalier de Saint-Malo a décidé d'entamer une réflexion préalable à la publication de la loi relative à la fonction publique. Sur proposition de Monsieur Gilles RAVÉ, Directeur des Ressources Humaines, et de Monsieur Hugues DESTREM, Directeur de la Qualité et de la Communication, il m'a été demandé d'élaborer une méthodologie qui puisse constituer un outil d'aide à la décision, en soulignant les principaux aspects de la question et en dégagant les réponses qui pourraient y être apportées. Conscient de l'ampleur des modifications à venir et du travail de fond à accomplir, l'Équipe de Direction souhaite en effet négocier au mieux cette évolution, au regard des forces et des faiblesses de l'établissement.

² « L'évolution vers les 35 heures sera un important chantier. Elle doit être l'occasion de repenser l'organisation du travail, de réduire les cloisonnements internes, de mieux valoriser l'énergie de chacun (...). Les 35 heures seront un progrès pour la qualité de la vie, mais elles doivent également se traduire par des progrès dans la vie interne des établissements ». Discours du 30 Mars 1998.

³ « Dans les douze mois suivant la publication de la présente loi, et après consultation des partenaires sociaux, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport sur le bilan et les perspectives de la réduction du temps de travail pour les agents de la fonction publique ». Art. 14 de la Loi n°98-461 du 13 Juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

Si comme le disait Pierre MENDES-FRANCE, « *gouverner, c'est prévoir* », il est par conséquent quelques caractéristiques locales à rappeler :

→ Le Centre Hospitalier de Saint-Malo, pôle de référence du secteur sanitaire n°6 en Bretagne, dispose tout d'abord d'un certain « savoir-faire » en matière de gestion du temps de travail :

- La mise en place des 35 heures de nuit suite aux « accords Durieux » du 15 novembre 1991 reste une expérience à valoriser. En passant successivement de 39 heures à 37 heures, puis de 37 heures à 35 heures, le Centre Hospitalier avait opté pour une démarche progressive qui ne pourra guère être de mise cette fois-ci, du moins si la loi confirme les discussions tenues au sein du Comité de Pilotage National sur l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail. D'une manière générale, le passage aux 37 heures avait été vécu comme pénalisant par le personnel de jour, qui avait dû modifier ses horaires de travail et réduire les temps de chevauchements, sans que cela soit motivé par une amélioration de la qualité du service. Ceci explique que cette mesure n'a été appliquée qu'après une concertation difficile et l'organisation d'un référendum au sein de l'hôpital. Par la suite, L'application technique des 35 heures de nuit fut fondée sur une restriction des temps de chevauchements, doublée d'un renfort en personnel de quinze postes.

- D'autres part, l'aménagement des horaires de travail fait l'objet d'un dialogue interne récurrent entre les services, les représentants du personnel et la Direction des Ressources Humaines. Récemment, a été adopté pour le « Service Porte » un système basé sur

⁴ Cf. l'intervention de Gilbert CETTE au 71^{ème} Congrès U.H.S.E. Grenoble – 18 Juin 1998

une comptabilisation annuelle du temps de travail, suite au refus par le CTE d'un passage à une organisation en « journée de douze heures ».

- Enfin, c'est à la demande de Monsieur Jacky LE MENN, Directeur du Centre Hospitalier, qu'a été institué un groupe de travail chargé de réfléchir à la gestion du temps de travail dans l'établissement, en vue du passage aux 35 heures de jour. Constitué par les représentants du personnel et la Direction des Ressources Humaines, ce groupe s'est notamment attaché à mettre en perspective le Rapport ROCHÉ⁵. Dans un souci de dialogue social et d'échange de points de vue, les discussions ont porté en particulier sur les divergences qui pouvaient subvenir en matière d'interprétation de la législation actuelle.

→ En dépit de cette culture locale de gestion commune du temps de travail, l'établissement éprouve des difficultés à se positionner au regard d'un passage programmé aux 35 heures :

- Bien que la réduction du temps de travail constitue a priori un progrès⁶, il faut bien constater qu'elle n'est pas perçue comme tel par la plupart des agents, qui rencontrent quotidiennement des difficultés sérieuses pour assumer les tâches qui leur incombent et dont les préoccupations se situent plutôt à ce niveau. Depuis plusieurs années, l'ensemble de l'établissement est mobilisé pour faire face à une augmentation forte et régulière de l'activité, avec des effectifs qui restent extrêmement limités au regard des charges de travail. Pour peu que le point ISA ait valeur de symbole, celui-ci était de 10,64 francs en

⁵ Rapport rendu en Janvier 1999 au Ministre de la fonction publique et de la réforme de l'État.

⁶ De 3000 heures de travail en 1850, nous sommes passés à environ 1700 heures aujourd'hui, avec l'idée émise en premier par K. MARX selon laquelle « *la réduction du temps de travail marquera le dépassement de la nécessité pour l'homme* ».

1998, pour une valeur régionale de 11,54 francs⁷, elle même inférieure à la moyenne nationale. Dans la mesure où les dépenses en personnel de l'établissement constituent 72% du budget global, il est permis de penser que le ratio personnel/activité se comprend comme l'indice d'un encadrement faible. Depuis une quinzaine d'années en effet, les créations de postes ont été pour l'essentiel consacrées au développement d'activités médicales nouvelles : hémodialyse, service-porte, unité d'accueil médico-psychologique... Parallèlement, les prestations médicales délivrées aux patients ont connu non seulement un accroissement quantitatif majeur, mais également une totale mutation sur le plan des technicités mises en œuvre avec le recrutement - dans le cadre du projet médical - de jeunes médecins sollicitant tout l'arsenal de la médecine moderne dans l'exercice de leurs fonctions. Enfin, les ratios d'encadrement en personnel ont été fortement pénalisés en 1982 lors de la réduction hebdomadaire du travail à 39 heures. 43 000 heures de travail ont été « perdues », soit 25 postes qui n'ont été compensés que par l'attribution de 4 postes supplémentaires. Si cette réduction d'effectifs est restée supportable à l'époque, elle semble ne plus l'être 17 ans plus tard compte tenu des évolutions qui viennent d'être évoquées et d'un climat social tourné vers l'inquiétude et la lassitude.

- Par ailleurs, la politique volontariste menée par l'établissement en matière de gestion du temps de travail s'est accomplie à travers le développement du travail à temps partiel. Parvenue à un taux de 36,6 % en 1998 alors que la moyenne nationale est de 16,2 %, cette forme d'aménagement du temps de travail a trouvé ici l'expression de sa réussite mais aussi de ses limites. Aujourd'hui, la généralisation de la semaine à 35 heures – soit 89.74 % de 39 heures - est susceptible de générer une modification des stratégies individuelles des agents à temps partiel. En matière de coût et d'organisation du travail, ce type d'interaction augure de profonds bouleversements.

⁷ Saint-Malo se situait alors à la 25^{ème} place des hôpitaux bretons sur un classement de 30 établissements.

Au regard de ces éléments et de la commande de la Direction, la ligne de conduite choisie se veut avant tout pragmatique et didactique. L'élaboration de cette méthodologie est d'une certaine manière la résultante de l'histoire de la structure, du degré d'avancement de la réflexion locale, des individualités existantes et des objectifs poursuivis. Tout en respectant la recommandation de Monsieur Edouard COUTY, Directeur des Hôpitaux, qui proscrit toute expérimentation préalable⁸, l'enjeu de cette démarche est de dégager et de hiérarchiser les étapes-clés du passage aux 35 heures. Inscrite dans le contexte malouin, cette proposition de méthodologie reprend à son compte les préoccupations propres à chaque établissement de soins en suivant un déroulement en quatre points :

1 – En quoi le temps de travail est devenu une ressource pour l'hôpital.

2 – La maîtrise du temps est un préalable à toute réduction.

3 – les principes de la démarche : sur quels leviers peut-on agir ?

4 – Essai de scénario pour un passage aux 35 heures.

⁸ Circulaire DH/FH1 du 23 Mars 1999.

Première partie :

En quoi le temps de travail est devenu une ressource pour l'hôpital.

Plutôt que de voir dans la mise en place des 35 heures une nouvelle contrainte réglementaire génératrice de difficultés sociales, on peut considérer cette évolution comme un moyen d'enclencher un cercle vertueux d'amélioration de la qualité et des conditions de travail. Le secteur sanitaire garde en effet l'avantage des expériences passées : une bonne connaissance de la flexibilité et l'usage de pratiques diversifiées d'organisation du temps de travail sont autant d'atouts (A), pour peu que les règles du jeu soient réactualisées (B).

A – LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL EST UN OUTIL PERTINENT DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.

L'intérêt porté à cet outil a généré des expériences qui, pour la plupart, ont excédé le cadre réglementaire fixé par le législateur.

1 – Le temps de travail comme objet de négociation et de contreparties.

Tant que les religieuses ont occupé une place prédominante auprès des médecins des hôpitaux, la question du temps passé dans l'institution importait peu. Peu qualifiées mais très dévouées, ces personnes présentaient l'avantage de travailler sans compter... Avec la professionnalisation des personnels paramédicaux, le problème a changé radicalement de nature.

Le temps est devenu un enjeu social de première importance, tant dans le cadre des négociations syndicales et de la protection des travailleurs, que dans le cadre de la recherche de l'efficacité et de la qualité du service rendu.

→ Tout d'abord, l'obligation de service continu constitue une des spécificités de l'hôpital : le fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours sur 365 a systématisé des pratiques de travail qui restent encore inconnues dans de nombreux secteurs industriels. Le travail de nuit ou le travail les dimanches et les jours fériés restent au regard du droit des exceptions, qui sont pourtant généralisées dans les établissements sanitaires. L'article 6 de l'Ordonnance du 26 mars 1982 spécifie ainsi que les repos hebdomadaires ne sont plus identifiés en journées précises (samedi ou dimanche) mais en nombre : 4 par quatorzaine dont 2 au moins consécutifs. Il est par ailleurs symptomatique que de nombreux accords de branches et d'entreprises⁹ relatifs à la mise en place des 35 heures stipulent l'élargissement de la durée du travail aux samedis voire aux dimanches. De son côté, l'hôpital a fait depuis longtemps l'expérience de cette flexibilité totale et il était logique que les organisations syndicales s'emparent de cette particularité pour en faire un thème de débat récurrent. Faisant suite aux mouvements sociaux de 1991, les « accords Durieux »¹⁰ sur les 35 heures de nuit symbolisent la cristallisation du temps de travail comme objet favori de négociation et de monnaie d'échange.

→ D'autre part, l'émergence du concept d'aménagement du temps de travail tente de répondre à la fois aux aspirations des salariés, en leur permettant de mieux concilier vie privée et vie au travail, et aux besoins de la structure de disposer de personnels suffisants

⁹ Voir les accords de branche avec l'UIMM (Union des Industries Métallurgistes et Minières), le SNFS (Syndicat National des Fabricants de Sucre) ou l'UIT (Union des Industries Textiles).

¹⁰ Signés le 15 novembre 1991 par la CFDT, la CFTC et le SNCH.

aux moments de forte activité. Philippe GROSJEAN et Marie-Josée BOUTET¹¹, Infirmiers Diplômés d'État tous les deux, recensent trois formules types d'aménagement parmi une variété de systèmes, qui permettent d'éclairer cette notion :

- *Les horaires individualisés ou libres* : c'est un mode de gestion individuelle et non prévisionnelle du temps de travail caractérisé par des plages de présence fixes ou mobiles. La présence des agents est obligatoire pendant les plages fixes et n'est pas obligatoire pendant les plages mobiles, sans que ceux-ci aient besoin de prévenir de leur absence.

Ce système offre une grande liberté mais présente un inconvénient majeur : le risque d'absence totale de personnel sur les plages mobiles. C'est donc une méthode peu utilisable dans les services de soins où un minimum de planification est nécessaire.

- *Les horaires décalés* : ils se caractérisent par des départs et des arrivées échelonnés, qui sont déterminés en fonction de la charge de travail.

Ces horaires sont fixés une fois pour toutes et l'agent ne peut les modifier unilatéralement. Tout en donnant au service une grande stabilité, ce système empêche les individus de pouvoir adapter les horaires en fonction de l'évolution de leur vie privée. De plus, certains agents peuvent se voir attribuer des horaires moins avantageux et ce à titre définitif.

- *Le système de « l'îlot » ou du « paquebot »* : il se caractérise par une adéquation des effectifs aux besoins et par une auto-organisation au sein de l'équipe. Un profil de présence est défini pour chaque heure et chaque jour en fonction de la charge de travail, à partir d'une négociation collective. Les membres de l'équipe se positionnent alors

¹¹ Marie-Josée BOUTET et Philippe GROSJEAN, « L'aménagement du temps de travail à l'hôpital, guide pratique et méthodologique », ESF, 1996, p 45.

sur certaines plages horaires en fonction de leurs aspirations individuelles : il existe dès lors une véritable marge de manœuvre pour chaque agent, balisée par les souhaits de ses collègues.

On le voit à travers ces exemples, l'aménagement du temps de travail représente un outil essentiel de la gestion des ressources humaines, tant du point de vue de l'optimisation de fonctionnement d'un service que de la satisfaction des personnels. En particulier, dans une période de rigueur salariale, il peut constituer le seul avantage en contrepartie d'efforts demandés. Surtout, il est le moyen de proposer une alternative source de dynamisme et de motivation, dans un environnement où la nature et l'évolution du travail soumettent l'agent à la complexité, l'incertitude et l'angoisse.

Ebahi par autant de solutions mises à sa disposition, un Élève-Directeur d'Hôpital en début de formation choisirait vraisemblablement avec enthousiasme la voie des ressources humaines. Pour autant, les choses ne sont pas si simples : si le temps de travail constitue effectivement une ressource conçue comme une variable d'action négociable, il peut également se muer en écueil tant les règles qui gouvernent sa gestion sont incertaines. Modulable, adaptable et négociable, le temps de travail ne doit pourtant pas générer d'iniquités ni d'injustices entre les agents.

2 – La dissociation entre les pratiques locales et le cadre juridique général.

Selon Xavier DUMOULIN¹², *«la situation réglementaire du temps de travail à l'hôpital est véritablement paradoxale. L'hôpital s'est émancipé très tôt des sujétions*

¹² Xavier DUMOULIN, « L'aménagement du temps de travail au CH de Mont-de-Marsan : origine et enjeux d'une démarche en cours », ENSP, Mémoire EDH, décembre 1996, p. 8.

réglementaires pour faire face aux contraintes de continuité du service. Il pratique, de facto, une flexibilité que ne lui reconnaissent pas encore les textes, eux-mêmes en fort décalage par rapport à l'évolution du code du travail en matière de temps choisi ».

Les imprécisions et les incertitudes de la règle du jeu ont effectivement permis aux établissements de faire de la règle un jeu.

A - La règle du jeu.

La réglementation relative au temps de travail des fonctionnaires hospitaliers découle principalement de l'Ordonnance du 26 mars 1982 et du décret du 6 octobre 1982. En voici les principales dispositions :

<ul style="list-style-type: none">• <i>La durée légale du travail est de 39 heures par semaine.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Le dépassement de cette durée constitue des heures supplémentaires dont le nombre est limité à 20 heures par mois et par agent.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Le nombre de jours de repos est établi à 4 jours pour deux semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>La durée quotidienne maximale de travail est de 9 heures pour les équipes de jour, et 10 heures pour les équipes de nuit.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>En cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée est au maximum de 10 heures 30, durée qui s'effectue au maximum en deux fractions, chaque fraction ne pouvant être inférieure à 3 heures. A noter que la directive européenne du 23 novembre 1993 qui n'est pas encore appliquée fixe cette amplitude à 13 heures.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Le repos minimal entre deux jours de travail est de 12 heures. La directive européenne du 23 novembre 1993 prévoit qu'il peut être ramené à 11 heures.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Le règlement intérieur de chaque établissement, établi après avis du CTE, fixe l'aménagement et la répartition des horaires.</i>

D'un strict point de vue juridique, ces dispositions ne posent guère de problème d'interprétation : on constate simplement que les textes ne prévoient pas l'hypothèse d'une modulation du cadre hebdomadaire de travail. Comment interpréter ce silence ? Interdit-il toute initiative ou ouvre-t-il la voie à la mise en place de formules de temps de travail adaptées au contexte de chaque établissement ?

A ces questions la réponse du droit est sans ambiguïté : les termes de l'Ordonnance de 1982 rendent normalement impossible toute variation du cycle hebdomadaire, et la durée légale ne peut être interprétée comme une durée moyenne¹³. En application de la hiérarchie des normes, tout règlement d'établissement ne peut s'écarter de la loi. Encore convient-il de distinguer le droit applicable aux agents à plein temps de celui applicable aux agents à temps partiel : ce dernier est plus compréhensif au sens où la semaine n'est pas l'unique référence dans laquelle s'apprécie la durée de travail, que cette durée soit égale à 50%, 60%, 70%, 75%, 80% ou 90% de la durée légale. La loi du 25 juillet 1994¹⁴ prévoit ainsi que le service à temps partiel pourra être organisé sur une durée maximale d'un an. Il s'agit de la seule formule d'annualisation du temps de travail autorisée par les textes, bien que cela ne soit là qu'une expérimentation applicable du 1^{er} janvier 1995 jusqu'au 31 décembre 1999.

En réalité, l'assise juridique de la durée du travail dans la fonction publique hospitalière souffre essentiellement de la distinction entre le « vrai droit » et le « faux droit ». Pour reprendre une thématique développée par Monsieur Pascal PLANCHET¹⁵, maître de conférences à l'Université de Lyon II, le « vrai droit » est issu des textes ayant une valeur juridique (règles constitutionnelles, lois, décrets), tandis que le « faux droit » est issu des circulaires ministérielles auxquelles on ne reconnaît aucune force contraignante. En tout état de cause, le point de vue des circulaires tranche singulièrement avec celui des textes du droit positif. On peut citer à cet égard la circulaire du 5 mars 1982 qui indique que « pour les

¹³ Dans sa première version, le statut des fonctionnaires hospitaliers comportait un article 116 qui aurait pu servir de fondement juridique à de nombreuses pratiques. Il prévoyait que « le nombre d'heures de service (...) peut être fixé par semaine ou par année pour tenir compte des variations saisonnières ». Cette disposition, dont l'application était subordonnée à la parution d'un décret en Conseil d'Etat a été mystérieusement abrogée par une loi du 30 juillet 1997.

¹⁴ Loi n°94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Voir aussi le décret n°95-966 du 23 août 1995.

équipes travaillant en alternance (...), la durée de travail de 39 heures devra être considérée comme une durée moyenne, sur un cycle qui ne devra pas être supérieur à huit semaines ». Cette consigne va bien au-delà de ce qu'autorisent les textes puisque la notion de durée moyenne et celle de cycle de huit semaines sont étrangères au droit. Aussi éloquente est la circulaire Veil du 8 février 1994, qui présente un calcul du temps de travail des agents à temps complet établi sur l'année.

En définitive, le droit en devient extrêmement trouble : il n'affiche pas clairement ses intentions. Le dépassement du cadre hebdomadaire est admis par les textes pour les agents à temps partiel mais pas pour ceux à temps plein. La sévérité du droit positif est contrebalancée par des circulaires ministérielles plus ouvertes aux adaptations. Conclusion, le droit perd de sa crédibilité, les frontières de la réglementation deviennent poreuses et chaque établissement sanitaire s'y engouffre à sa manière et selon ses besoins.

B – Le jeu de la règle.

Plusieurs études¹⁶ ont été consacrées récemment à la disparité des modes de gestion du temps de travail au sein des hôpitaux : qu'il s'agisse du mode d'attribution des congés, du décompte du temps travaillé ou encore des quotités journalières pratiquées, il n'existe pas d'unité au sein de la fonction publique hospitalière¹⁷. Autrement dit, la multiplication des entorses au cadre hebdomadaire du travail constatée sur le terrain manifeste une aspiration légitime des établissements, et sûrement des agents, à plus de souplesse. Dans tous les cas, la réglementation s'avère trop vague ou trop rigide : l'écart entre le droit et la

¹⁵ Intervention au 71^{ème} congrès U.H.S.E., Grenoble, 18 juin 1998.

¹⁶ Voir l'enquête AEAE-ENSP sur « la gestion du temps de travail », Revue Hospitalière de France, Mai Juin 1998, et l'enquête FHF sur « la durée et l'organisation du temps de travail dans les hôpitaux et maisons de retraite publics », Revue Hospitalière de France, Janvier Février 1999.

¹⁷ « Voir également le « Rapport sur la réduction à 35 heures de la durée du travail dans les hôpitaux », IGAS, Décembre 1993.

pratique est regrettable, notamment parce qu'il est générateur d'inégalités et qu'il est en contradiction avec l'unicité du statut. Comme le note Madame Emmanuelle QUILLET, chargée des ressources humaines à la FHF, « *non seulement ne trouve-t-on pas deux établissements dont les règles en matière de temps de travail soient identiques, mais encore peut-on douter de l'existence d'un langage commun entre les établissements, tant la compréhension même des concepts de base (le « travail », le « repos ») semble parfois divergente* »¹⁸.

L'hétérogénéité n'est pas un mal en soi, c'est l'iniquité qui pose problème. Comment faire admettre à un agent que parce qu'il change de service ou d'établissement, il ne lui sera pas appliqué la même règle ? Comment ne pas créer un climat de méfiance et de démotivation quand, pour un problème identique, la solution varie ? Les 35 heures sont l'occasion d'une remise à plat juridique, encore que dans le cadre de l'élaboration d'une méthodologie, cela relève davantage de l'incantation que de la décision.

B – LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES CONSTITUE L'OCCASION D'UN RENOUVEAU JURIDIQUE.

Voici trois composantes de la gestion du temps de travail que le Centre Hospitalier de Saint-Malo aimerait voir développées dans la loi à venir, compte-tenu des particularités locales.

1 – La définition attendue du travail effectif.

L'article 5 de la loi du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail définit la notion de travail effectif comme « *le temps pendant*

¹⁸ Emmanuelle QUILLET, Revue Hospitalière de France, Janvier Février 1999, p. 10.

lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles ». Cette disposition empruntée au Code du Travail heurte les pratiques communes à beaucoup d'établissements hospitaliers tant en matière de temps de repas qu'en matière de service de permanence.

A – Temps de repas et temps de pause : un problème d'égalité.

L'enquête de la FHF¹⁹ indique que 63% des établissements déclarent le repas de midi (une demi-heure généralement) inclus dans le temps de travail ; ce qui n'est pas le cas de Saint-Malo. Le calcul est alors rapide et significatif : pour un soignant de jour en service continu, cela équivaut sur l'année à une différence de 220 jours de présence x 30 minutes par jour = 110 heures = 13,75 journées de 8 heures. Partant de cette constatation et de la loi sus-citée, il paraît souhaitable de considérer que le temps de repas ne fait pas partie du temps de travail²⁰ et d'en donner une traduction réglementaire prévue par ailleurs par la circulaire 4/DH/8D du 5 mars 1982. Les conséquences de cette définition seraient triples :

- Pendant le temps de repas, l'agent ne serait pas à la disposition de l'employeur et n'aurait pas à se conformer à ses directives. Il conviendrait alors de s'assurer de la continuité des soins dans les services.

- L'application de cette disposition et la réduction concomitante du temps de travail introduirait une plus grande équité entre des agents qui seraient effectivement tous à 35 heures. Cela pourrait être l'occasion d'officialiser le temps de pause pour éviter les non-

¹⁹ Voir supra.

²⁰ A l'exclusion, bien sûr, des repas thérapeutiques pour lesquels il conviendra de proposer des normes juridiques pour les modalités d'octroi.

aits et d'appliquer le droit européen²¹ qui prévoit un arrêt de 20 minutes au bout de 6 heures de travail.

- Enfin, ce système devrait inciter les établissements à faire de l'heure de travail l'unité de décompte du temps travaillé. Ce décompte présenterait ainsi l'avantage de clarifier les durées des congés annuels et de résoudre les disparités existantes.

B – Les astreintes à domicile : un problème de régulation

L'organisation du service de permanence dans les établissements²² est largement mis en œuvre dans la fonction publique hospitalière. Il faut rappeler que la permanence se déroule sur le lieu de travail, en dehors de la séquence normale d'activité, tandis que l'astreinte est une permanence qui se déroule en dehors du lieu de travail et qui est susceptible de déboucher sur une intervention à l'hôpital. La difficulté réside dans le fait qu'aucun décret d'application n'a été pris sur la base de la loi du 16 décembre 1996, qui donne la possibilité de couvrir des activités logistiques, techniques ou paramédicales par l'astreinte à domicile. Non seulement cet usage est assez répandu pour susciter de manière récurrente des interrogations et des protestations émanant aussi bien des gestionnaires que des personnels et organisations syndicales, mais cette absence de réglementation est préjudiciable au bon fonctionnement des services. Pour preuve, le système d'astreinte à domicile mis en place dans le service de radiologie du Centre Hospitalier de Saint-Malo :

²¹Directive 93/104/CE du 23 Novembre 1993.

FONCTIONNEMENT :

L'ASTREINTE A DOMICILE SE DEROULE SUR LA SEMAINE ET CONCERNE 4 MANIPULATEURS :

⚡ Chaque manipulateur est d'astreinte à domicile sur une semaine : elle débute le samedi à 8 heures et se poursuit de 18 heures à 8 heures les jours de la semaine.

⚡ Cette astreinte à domicile concerne le scanner et le vasculaire et double une astreinte sur place qui concerne la radiologie traditionnelle.

⚡ Ces 4 manipulateurs sont volontaires : la circulaire 189/DH/4 du 15 novembre 1973 précise qu'on ne peut imposer aux agents ce type d'astreinte.

CONSEQUENCES :

LE TEMPS DE TRAVAIL N'EST PLUS MAITRISABLE :

⚡ Dans la mesure où la limite des heures supplémentaires est fixée à 20 heures par mois, certaines heures effectuées au-delà de cette limite légale ne sont pas payées, et attendent en vain d'être régularisées.

⚡ La rémunération des astreintes à domicile est contraire à la lettre du 21 août 1983 du Ministre des Affaires Sociales à la FHF, qui précise que «*les astreintes à domicile ne peuvent être rémunérées mais récupérées à raison d'un jour pour six jours ou nuits d'astreinte.* »

⚡ La réglementation relative aux nombres d'heures travaillées n'est pas respectée : les principes de 9 heures maximum par jour, de 12 heures de repos quotidien, d'horaires coupés ne pouvant avoir des tranches inférieures à 3 heures ne sont en effet pas applicables dans la situation présente.

La définition du temps de travail effectif intègre d'autres variables telles que le décompte des congés annuels ou des absences maladies. Cela étant, une clarification réglementaire qui prenne en compte temps de repas et astreintes à domicile permettrait déjà de faciliter la régulation et la répartition des temps de travail au sein de chaque service.

2 – La question de l'annualisation.

En conservant la référence des 39 heures, la réglementation est en porte-à-faux tant les missions exercées à l'hôpital impliquent des durées de travail déséquilibrées d'une semaine à l'autre. A vrai dire, la notion de 35 heures n'a pas non plus de sens en soi : l'enjeu

²² Article 3 et 5 de l'Ordonnance du 26 mars 1982, modifiés par la loi du 16 décembre 1996.

reste bien de définir une norme annuelle de travail dans un but d'efficacité du service public hospitalier.

A – Les faits : l'explosion de la notion de semaine.

Si elle n'est pas officielle ni généralisée, il existe au sein du Centre Hospitalier de Saint-Malo une régulation extra-hebdomadaire du temps de travail qui marque par avance le caractère subjectif des 35 heures. Voici quelques situations typiques :

- Les cadres soignants et médicaux-techniques opèrent globalement sur la base de plannings pluri-hebdomadaires : le rythme d'un agent en repos variables s'organise donc la plupart du temps sur la base d'une « grande » et d'une « petite semaine », respectivement de 48 heures pour 6 jours consécutifs et de 32 heures pour les 4 jours de travail restants. De même, le travail de nuit s'organise autour de semaines de 40 et de 30 heures. Qui plus est, les nécessités du service obligent parfois à allonger ou à réduire ces plages horaires.

- Certains services tels que la radiologie ou la médecine neurologique cumulent les heures supplémentaires et ne parviennent pas à les rendre, en raison de la forte activité ou des absences non remplacées. La plupart du temps, ces heures supplémentaires sont rendues sous forme de repos cumulés, parfois plusieurs mois après que les agents les aient effectuées, et ce lorsque l'organisation le permet.

- Enfin, une réflexion a été menée dans « le Service-Porte », à la suite de deux demandes de temps partiels d'infirmières, qui a amené l'ensemble de l'équipe à dépasser le cadre hebdomadaire pour se situer dans une référence annuelle de travail. L'annexe n°3 constitue le contrat explicatif passé au sein de l'unité.

B – La problématique : entre gestion annuelle et annualisation.

L'annualisation du temps de travail peut se comprendre à travers la dialectique de l'ours et de la marmotte²³ : on dévore l'été pour dormir l'hiver, ou vice-versa. Elle présente un avantage de gestion considérable pour l'hôpital, puisque la durée de travail des agents peut être adaptée aux variations de charges de travail, tout en évitant les recours aux heures supplémentaires. Autrement dit, il existe une déconnexion entre la rémunération et le service fait, du moment que l'équilibre heures travaillées / heures dues soit rétabli à la fin de l'année. Deux problèmes se posent alors :

↳ *Sur quelle base annuelle décompter le temps de travail ?*

↳ *Y-a-t-il des limites à fixer par l'hôpital ?*

↳ A la première question, la « circulaire Veil » du 8 février 1994 indique que sur la base annuelle de 220 jours de travail, les agents à temps complet soumis au régime des 39 heures doivent assurer un temps de travail, hors temps de repas, de 1716 heures par an. Pour les agents relevant du régime des 35 heures, ce total se monte à 1540 heures par an. La base de calcul intègre les droits à congés suivants :

- congés annuels : 25 jours ouvrés.
- jours fériés accordés : 11 jours.
- jours dits «hors saison » : 2 jours.
- repos hebdomadaire : 104 jours.

Cela dit, cette circulaire présente trois inconvénients majeurs :

²³ Métaphore empruntée à J.C. CAZENAVE, « La maîtrise du temps à l'hôpital, un préalable aux 35 heures », Les Études Hospitalières, 1999, p. 71.

- 1) Cette référence ne s'impose pas aux hôpitaux, pour reprendre la distinction entre « vrai droit » et « faux droit ».

- 2) Elle ne fait pas de distinction entre les agents travaillant par roulement et ceux bénéficiant de repos fixes. De plus, elle ne donne pas d'indications sur la référence du temps de travail en cas d'exercice professionnel à temps partiel. Or, selon des dispositions antérieures fixées également par voie de circulaires, certaines catégories de personnels ne peuvent prétendre à la compensation de tous les jours fériés : c'est le cas des agents se reposant habituellement le dimanche ou le samedi et le dimanche²⁴, et des agents à temps partiel travaillant par roulement qui bénéficient de plus de deux jours de repos consécutifs chaque semaine²⁵.

- 3) La référence annuelle du temps de travail n'est pas assortie d'indications sur la comptabilisation des absences sur temps de travail (congés maladie, autorisations d'absence...), qui sont toujours valorisées de façon très variées par les hôpitaux. Au total, l'imprécision de la circulaire est compensée par la faculté et la volonté du Centre Hospitalier de Saint-Malo d'établir son propre mode de calcul²⁶.

↳ A la seconde question, les organisations syndicales se chargent d'apporter un certain nombre de réponses :

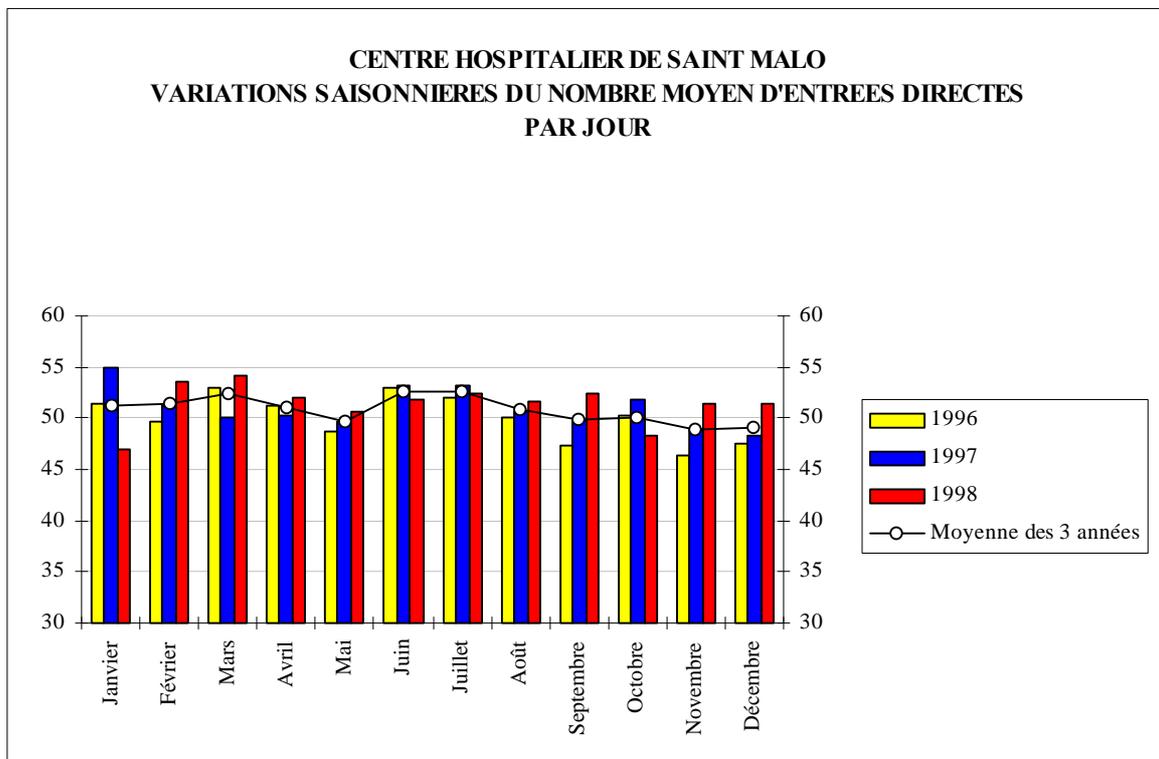
- 1) En premier lieu, la CFDT, FO et la CGT préfèrent la notion de gestion annuelle à celle d'annualisation. Il s'agit en fait d'une interprétation modérée et restrictive des

²⁴ Circulaire n°160/DH/4 du 13 mai 1971 relative aux congés du personnel.

²⁵ Circulaire DH/8D85-89 du 21 mars 1985 relative aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel.

²⁶ Voir l'annexe n°2 sur la comptabilisation des jours fériés et la partie II.A.1.B.

modulations du temps de travail liées aux variations de l'activité. En fonction d'une demande saisonnière, on peut imaginer en effet qu'un agent à 50% effectue son total d'heures sur 6 mois, ou qu'un agent à temps plein termine son année le 1^{er} septembre après avoir cumulé un trop plein d'heures sur les huit premiers mois. Ce type de procédé est particulièrement bien adapté aux cycles industriels, qui connaissent de fortes fluctuations de leur production. Cela dit, l'analyse de l'activité annuelle du Centre Hospitalier montre une relative constance.



On le voit, il n'existe guère de pics ou de creux de production, qui justifient des redéploiements annuels de personnel. Si la gestion annuelle paraît indispensable, compte tenu des nécessités de flexibilité et de souplesse d'un hôpital moderne, l'annualisation en tant que telle n'apporterait pas forcément un atout supplémentaire pour l'efficacité du Centre Hospitalier malouin. Pour autant, rien n'est à exclure dans la négociation future.

2) En second lieu, certaines limites horaires doivent être fixées, pour que l'accumulation du temps de travail et la fatigue consécutive ne portent pas atteinte à la qualité des services et à la sécurité des patients. Ainsi, la suppression de la notion d'heures supplémentaires peut conduire à une inflation des soldes d'heures. La comptabilisation horaire doit donc être encadrée par des règles limitant les soldes débiteurs et créditeurs des agents sur la périodicité choisie par l'hôpital. De même, il s'agit d'éviter les débordements sur les durées hebdomadaires et quotidiennes du temps de travail : la durée maximale de travail sur la semaine pourrait être fixée à 48 heures, conformément aux dispositions du Code du Travail et à celles de la directive européenne n°93/104/CE du 23 novembre 1993. Quant à la durée quotidienne, la directive sus-citée prévoit dans son article 3 l'obligation d'accorder un repos journalier de 11 heures par périodes de 24 heures, ce qui porte l'amplitude maximale de la journée de travail à 13 heures. Si cette disposition venait à être transposée à la fonction publique hospitalière, elle légaliserait nombre de durées quotidiennes de travail actuellement illicites (cf. les sages-femmes qui font 12 heures 30).

3 – Le problème de l'incidence du passage aux 35 heures sur le temps partiel.

Avec 36,60% de son personnel à temps partiel, le Centre Hospitalier de Saint-Malo fait figure d'exception dans le paysage hospitalier. Si cette politique s'inscrit dans une logique d'amélioration des conditions de travail et de satisfaction des aspirations du personnel, il est à craindre que la réduction de la semaine de travail à 35 heures provoque une série de stratégies individuelles en contradiction avec l'esprit de la loi et l'intérêt de l'hôpital.

A – Le risque d’une modification généralisée des quotités de temps partiel.

Selon le rapport ROCHÉ²⁷, « les risques que feraient peser le retour au temps plein d’un nombre important d’agents à temps partiel sont relativement faibles (...). En effet, les agents à temps partiel semblent définitivement convertis à la pérennisation des gains de temps libérés pour leur vie personnelle. Cette remarque vaut pour des agents qui avaient fait le choix du temps partiel pour des raisons familiales : ils restent à temps partiel même lorsque le motif familial n’a plus cours ».

Le doute est cependant permis. Dans le cadre des 35 heures, l’augmentation de la quotité de travail des agents à temps partiel leur permet en effet de maintenir leur durée de service actuelle et d’obtenir des gains financiers substantiels.

Soit un service de 5 agents, dont 4 titulaires et un CDD, qui travaillent tous sur la base d’un 80 % et d’une grille indiciaire qui fixe la rémunération d’un temps plein à 10 000 francs. Le CDD permet ici de compenser le temps libéré par les titulaires à temps partiel. En admettant que le passage aux 35 heures n’occasionne pas de diminution de salaire, voici un tableau qui récapitule les effets induits par les 2 hypothèses suivantes :

²⁷ Rapport ROCHÉ, page 81.

1. Passage aux 35 heures avec maintien du temps partiel d'origine.
2. Passage aux 35 heures avec augmentation de 10 % de la quotité d'origine.

***Exemple d'incidences possibles entre 35 heures et temps partiel
(à lire dans le sens vertical)***

	Situation actuelle Avec la semaine à 39 h.	Situation à venir Avec la semaine à 35 h. 1ère hypothèse : quotités maintenues par les titulaires	Situation à venir Avec la semaine à 35 h. 2ème hypothèse : quotités augmentées par les titulaires
Agents titulaires	Quotités initiales	Quotités maintenues	Quotités augmentées
N°1	80%	80%	90%
N°2	80%	80%	90%
N°3	80%	80%	90%
N°4	80%	80%	90%
CDD	80%	125% (création de 0.45 postes)	85% (création de 0.05 postes)
Equivalent temps plein	400%	445%	445%
Total service	156 heures	156 heures	156 heures
Temps travaillé par titulaire	31 heures 12min	28 heures (-3 heures 12min)	31 heures 30 (+ 18 min)
Rémunération des titulaires	85.7% de 10 000 F = 8570 F	85.7% de 10 000 F = 8570 F	91.4% de 10 000 F = 9140 F

Les conclusions de cette comparaison laissent penser que l'intérêt des agents est plutôt d'augmenter leur quotité de temps partiel :

- Echanger sa quotité de 80% pour un 90% occasionne seulement 18 minutes supplémentaires de travail par semaine et ne provoque aucune modification dans l'organisation de la vie privée.

- Les nouvelles conditions de rémunération équivalent à une augmentation salariale extrêmement favorable au regard des 18 minutes de travail supplémentaire effectuées (570 Francs dans le cas présent).

Inversement, l'esprit de la loi est complètement détourné de son objectif de création d'emploi :

- L'augmentation des quotités travaillées limite la création de poste à 0,05 ETP, soit une quantité nulle.
- A considérer que la moitié des 516 agents à temps partiel de l'établissement adopte ce type de stratégie, alors (10% de 1540 h) x 258 agents = 39 732 h = 25,80 postes potentiels qui ne pourront être créés.
- Enfin, l'hôpital lui-même peut voir se déliter l'organisation de certains services, dont l'équilibre dans la juxtaposition des temps partiels se trouve désormais remis en cause.

B – Quelle politique d'incitation au temps partiel ?

La difficulté réside dans la nécessité de concilier une politique d'attribution des temps partiels confortée par l'abondance des demandes et une politique du temps de travail motivée par les mêmes principes que ceux qui animent la logique du temps partiel.

- Pour éviter les écueils énoncés précédemment, il paraît légitime de mettre fin aux sur-rémunérations (80% payés 85,7 % et 90% payés 91,4 %) ; non seulement elles ne sont plus justifiables au regard des autres quotités désavantagées, mais elles ne correspondent plus à leur vocation d'origine.

- La présentation du rapport ROCHÉ aux organisations syndicales du Centre Hospitalier de Saint-Malo a donné lieu à un débat entre les représentants du personnel, eux-mêmes divisés entre l'objectif d'embauche supplémentaire et la liberté pour chacun de choisir sa quotité de travail. De plus, s'il revient à la Direction de donner l'autorisation de l'exercice du temps partiel, « *compte tenu des nécessités ou non de fonctionnement de service* ²⁸ », celle-ci ne maîtrise pas totalement cette politique puisqu'un agent à temps partiel peut revenir de droit à un temps complet. Cette épée de Damoclès est un frein considérable à la création d'emplois statutaires, et une incitation à l'embauche de non-titulaires. De fait, il paraît souhaitable d'engager dès maintenant les discussions avec les syndicats, sur la base d'un questionnaire adressé à l'ensemble des agents, avec l'objectif d'appréhender leurs motivations futures.

L'utilisation du temps de travail comme mode de management est un terreau favorable à l'instauration des 35 heures, pour peu que les moyens juridiques offerts soient à la hauteur des espérances placées dans ce projet. Mais pour jouer avec le temps, encore faut-il

²⁸ Art. L.792 du code de la santé publique, dernier alinéa.

savoir compter : un agent à temps plein du Centre Hospitalier de Saint-Malo travaille-t-il réellement 39 heures par semaine ?

SECONDE partie :

LA MAITRISE DU TEMPS EST UN PRÉALABLE À TOUTE REDUCTION.

Un jeune directeur d'hôpital sera d'autant mieux noté qu'il aura pris l'habitude de « ne pas compter son temps ». Cela va pourtant à l'encontre d'une quelconque réduction du temps de travail, qui implique justement une comptabilisation exacte des heures effectuées. Avec la stratification d'une réglementation complexe et imparfaite et la sédimentation de pratiques locales diverses et variées, le temps de travail dans les hôpitaux s'est en effet éloigné des 39 heures légales. Il ne faut donc pas confondre réduction du temps de travail et réduction du temps travaillé : le passage aux 35 heures implique bien une mise à plat du temps réel effectué (A), qui permettra à chaque établissement de se comparer l'un à l'autre, et d'argumenter sur ses besoins effectifs en personnel supplémentaire (B).

A – LES ENJEUX D'UN DECOMPTE EFFICACE : A LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU.

Le Centre Hospitalier de Saint-Malo a engagé une réflexion approfondie sur les modes de comptabilisation du temps de travail : la persistance de certaines failles doit inciter à poursuivre le travail entamé.

1 – L'organisation générale et les règles applicables : vers une comptabilisation horaire annualisée.

La Direction des Ressources Humaines de l'hôpital s'est positionnée dans un rôle de référent et non de contrôleur : la recherche de l'équité et de la précision dans la

définition des temps de travail ne fait pas l'objet d'une vérification systématique de leur pratique.

A – Une gestion décentralisée du temps de travail.

Pendant longtemps, au mois d'octobre, chaque surveillant venait à la Direction des Ressources Humaines faire un état des lieux des congés annuels de son service. Cette pratique a été abandonnée pour son caractère fastidieux et chronophage, si bien que chaque service fonctionne aujourd'hui dans une relative autonomie : les autorisations de congés sont accordées par la DRH une fois que le surveillant a lui-même organisé les roulements dans son unité. De fait, la DRH n'intervient dans la gestion de la durée du travail qu'en cas de litige ou de demandes d'explications complémentaires. Sa source de référence et son outil de travail résident dans une note de service du 11 février 1999²⁹, qui fait le point sur les dispositions relatives aux congés annuels et absences autorisées des agents.

Cette note repose sur deux principes : l'heure est l'unité de référence et l'année constitue la base de décompte du temps travaillé.

Le choix d'avoir retenu l'heure comme mesure étalon repose sur la multiplication des décalages entre durée théorique et durée réelle de la journée. Alors que la réglementation utilise abondamment la notion de journée (*jour ouvrable, jour ouvré, jour férié, jour de repos, jour de congé*), celle-ci n'a en effet plus grande signification pratique. Trois changements importants ont conduit à l'éclatement de la notion :

²⁹ Voir annexe n°1.

- La semaine de 39 heures avec maintien de la journée réelle de 8 heures : premier déphasage ;
- La multiplication des possibilités de travail à temps partiel avec possibilité de cumul de temps : deuxième déphasage ;
- L'aménagement du temps de travail et la diversification des horaires et des rythmes pratiqués : troisième déphasage.

Au total, plus aucun agent ne travaille quotidiennement sur une durée réelle en cohérence avec la durée théorique et réglementaire. Dans un service donné, le cadre doit gérer quatorze familles de journées théoriques, qui seront confrontées à une amplitude réelle fixe (8 heures ou 10 heures), voire à une multitude de potentialités d'amplitudes offertes par l'aménagement du temps.

Tableau des 14 familles horaires réglementaires (ou légales)³⁰

		Temps de travail réel	Temps de travail théorique	Ecart (crédit)
100%	jour	8 h	7 h 48 mn	+ 12 mn
	nuît	10 h	7h	+ 3 h
90%	jour	8 h	7 h 01mn	+ 59 mn
	nuît	10 h	6 h 18 mn	+ 3 h 42 mn
80%	jour	8 h	6 h 15 mn	+ 1 h 45 mn
	nuît	10 h	5 h 36 mn	+ 4 h 24 mn
75%	jour	8 h	5 h 51 mn	+ 2 h 09 mn
	nuît	10 h	5 h 15 mn	+ 4 h 45 mn
70%	jour	8 h	5 h 28 mn	+ 2 h 32 mn
	nuît	10 h	4 h 54 mn	+ 5 h 06 mn
60%	jour	8 h	4 h 41 mn	+ 3 h 19 mn
	nuît	10 h	4 h 12 mn	+ 5 h 48 mn
50%	jour	8 h	3 h 54 mn	+ 4 h 06 mn
	nuît	10 h	3 h 30 mn	+ 6 h 30 mn

Entre la journée réglementaire (14 possibilités) et la journée réelle (une infinité de cas), l'heure permet de garantir la précision et l'équité du système.

B – Une gestion proratisée du régime des absences.

En établissant un calcul en heures du temps travaillé et du temps d'absence, la DRH tente d'éviter les dérives inhérentes à la gestion du temps : congés indus, différences de traitement entre temps plein et temps partiel, récupérations sur journées non travaillées ... Dans l'hypothèse où les cadres soignants respectent ces consignes, le régime des absences obéit aux règles suivantes :

❶ *Le régime des congés annuels*

Sauf pour les agents à temps partiel par journées groupées³¹, la réglementation les exprime en jours. D'une part, la circulaire du 5 mars 1982³² les a portés à 30 jours ouvrables ; d'autre part la circulaire du 8 février 1994³³ les a fixé à 25 jours ouvrés, auxquels on rajoute systématiquement les 2 jours dits « hors saison ». La complexité des règles qui en découlent crée *de facto* des écarts importants d'un établissement à l'autre, voir d'un service à l'autre, comme le montre le tableau suivant.

³⁰ Tableau tiré de J.C. CAZENAVE, « Maîtriser le temps de travail à l'hôpital », op. cité, p. 25.

³¹ Circulaire DH/8D/85-89 du 21 mars 1985 relative aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel.

³² Circulaire n°4/DH/8D du 5 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail et au régime des congés annuels dans les établissements d'hospitalisation public.

³³ Circulaire DH/FH1/94 n°9 du 8 février relative à l'application de l'accord national sur la réduction du temps de travail de nuit.

Exemple de prise de congés en jours ouvrables ou en jours ouvrés

	Circulaire du 5 mars 1982 : 30 jours ouvrables	Circulaire du 8 février 1994 : 25 jours ouvrés
1 semaine en mars	5	5
3 semaines l'été	6+6+5=17	5+5+5=15
1 semaine en octobre	5	5
Total	27 jours	25 jours
Différence	3 jours restants	0 jours restants

Le Centre Hospitalier de Saint-Malo a opté pour le système en jours ouvrés, de manière à ce qu'il n'existe pas de prime au fractionnement, source d'inégalités entre agents. Afin d'amortir les écarts avec les hôpitaux ayant opté pour les jours ouvrables, le nombre de jours ouvrés a été porté à 27, plus les deux jours hors saison. Tout le monde continue cependant à parler de « 27 jours ouvrables » (à commencer par la note de service), preuve s'il en est du caractère déroutant des circulaires.

Les 27 jours ouvrés ont ensuite été transformés en capital annuel horaire :

- $27 \times 7\text{h } 48 \text{ mn} = 210 \text{ h } 36 \text{ mn}$ pour les agents de jour

- $27 \times 7 \text{ h} = 189 \text{ heures}$ pour les agents de nuit

De cette manière, chaque agent bénéficie a priori des mêmes droits à congés, sans qu'un quelconque fractionnement n'affecte le nombre de jours de repos. Cela étant, il a fallu proratiser ce capital en fonction des quotités de travail : pour les agents travaillant à temps partiel, le nombre réel de jours de congés accordés peut en effet être très variable, et provoquer des dérives très coûteuses pour l'établissement.

Prenons l'exemple d'un agent de jour à 50% qui effectue des journées réelles de 8 heures (les valeurs sont ramenées à une décimale pour des commodités de calcul) :

Exemple de comptabilisation erronée des jours de congés d'un agent à temps partiel

Planning	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Contrat réalisé	JA	JA	7.8	7.8	7.8	RH	RH	7.8	7.8	JA	JA	JA	RH	RH
Durée théorique	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	RH	RH	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	RH	RH

JA : Jour Aménagé

RH : Repos Hebdomadaire

1 – Si l'agent pose 3 jours de congés du 3 au 5 : il bénéficie d'une abstention de service de 23,4 h (3 x 7,8 h) soit l'équivalent de 6 jours de 3,9 h (23,4 / 3,9 h), c'est à dire le double de son droit qui n'est que de 3 jours de 3,9 h.

2 – Si l'agent pose 5 jours de congés du 3 au 9 (samedi et dimanche déduits) : il bénéficie d'une abstention de service de 39 h (5 x 7,8 h) soit l'équivalent de 10 jours de 3,9 h (39/3,9 h), alors que son droit n'est que de 5 jours de 3,9 h.

La proratisation du capital-heures en fonction des quotités permet d'éviter de telles mésaventures, en prenant en compte le solde d'heures qui existe entre la journée théorique et la journée réelle. Ainsi pour un 50% qui a droit à 105 h 18 min. de congés annuels, on lui déduira 7 h 48 min. par jour de congé soit deux fois son unité de congé de 3 heures 54 min. Ce système présente également l'avantage de s'adapter facilement à toute réduction réglementaire de la semaine de travail, puisqu'il suffit de modifier le capital en jouant sur la nouvelle durée théorique de la journée.

② *Le régime des jours fériés*³⁴

Lorsque la période de repos hebdomadaire intervient à dates variables (travail par roulement), la compensation est accordée quel que soit le jour de repos. Inversement, s'il s'agit de repos fixes incluant le samedi et le dimanche, les jours fériés ne sont pas récupérés. Cette règle³⁵ explique la différence de jours de repos accordés selon qu'il s'agit d'un roulement de type service de soins ou de type administratif.

Deux pièges guettent cependant le surveillant :

⇒ La non compensation des jours fériés qui tombent sur une journée aménagée.

Soit un 80 % à repos fixes dont le jour de repos supplémentaire (c'est à dire de journée aménagée) tombe le mercredi. La tentation est alors de ne pas faire récupérer à l'agent le mercredi 14 juillet 1999 puisqu'il était absent du service ce jour-là.

Planning	L	M	M	J	V	Total
Contrat réalisé	7.8	7.8	<i>JA</i>	7.8	7.8	31.20
Durée théorique	6.24	6.24	<i>Férié</i>	6.24	6.24	24.96

La différence entre la durée théorique et le contrat réalisé prouve que l'agent a bien droit à 6.24 h de récupération. A titre d'exemple pour l'année 1999, un agent à 80% dont la journée aménagée tombe le lundi perdrait trois jours fériés (lundi 5 avril, lundi 24 mai et lundi 1^{er} novembre) si une telle règle était appliquée.

³⁴ Voir annexe n°2 précitée.

³⁵ Circulaire n°160/DH/4 du 13 mai 1971 relative aux congés du personnel.

⇒ La compensation des jours fériés sur la base de la durée réelle de la journée de travail.

Soit un 80 % à repos variable qui a bénéficié en 1999 de 14 jours fériés de 8 h, soit 112 h. compte tenu de son obligation théorique quotidienne de travail (6,24 h), il a obtenu un gain indu de $112 \text{ h} - (6,24 \text{ h} \times 14\text{j}) = 24,64 \text{ h}$, soit pratiquement 4 jours de repos supplémentaires. Ramené à l'ensemble des agents à temps partiel de l'établissement, ce type de pratique devient rapidement un gouffre financier et temporel.

C'est pourquoi le droit aux jours fériés a été également proratisé en fonction des quotités travaillées : sur 5 journées chômées, un agent à 80 % n'en récupérera que 4, pour peu qu'on persiste à compter en jours.

③ *Le régime des autorisations d'absence pour enfants malades et des jours de grève.*

La note de service précise que chaque agent bénéficie de 6 jours « enfants malades ». Reprenant la logique comptable des absences précédentes, ces 6 jours sont comptés au prorata des quotités de temps de travail.

De la même manière, le Centre Hospitalier de Saint-Malo s'est inspiré de la circulaire n°96/46/42 du 12 janvier 1996 relative aux modalités des retenues sur rémunération de service non-fait pour parvenir à un décompte horaire du temps de grève, qui ne soit pas défavorable aux temps pleins. Ainsi, une heure de grève entraîne désormais une retenue de 1/234 de salaire plein.

2 – Les mécomptes malouins : des économies limitées à faire.

Le système de comptabilisation horaire annuelle limite considérablement les dérives, pour autant que chaque service l'applique. Il reste néanmoins quelques « niches » de temps, issues de pratiques locales ou d'absence de calcul, qui rendent l'hôpital créditeur. Comme disait Boileau dans son Epître IX : « *Le vice, toujours sombre, aime l'obscurité.* »

A – La pratique locale de la journée-câlin.

L'article L 221-1 du Code du Travail précise que les fêtes légales considérées comme jours fériés sont au nombre de 11 : 1^{er} janvier, Lundi de Pâques, 1^{er} mai, 8 mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 14 juillet, Assomption, Toussaint, 11 novembre, et Noël.

Or, la liste des jours susceptibles d'être chômés et payés en 1999 est de 14 au Centre Hospitalier de Saint-Malo : aux 11 journées précitées, il faut rajouter en effet les dimanches de Pâques et de Pentecôte, ainsi que la journée du Directeur, plus communément connue sous l'expression bienheureuse de « journée-câlin ». Certes, la circulaire du 8 février 1994 admet une tolérance de 3 jours supplémentaires sous réserve que le total annuel de jours d'absence n'excède pas 145. Cette tolérance est d'ailleurs pratiquée dans la presque totalité des centres hospitaliers. Cela dit, d'un strict point de vue réglementaire, ces 3 jours sont indus. Globalement, cela représente $1258 \text{ ETP} \times 7,8 \text{ h} \times 3\text{j} = 29\,437 \text{ h}$ soit environ 17 postes sur l'année.

Reste à savoir si le passage aux 35 heures doit s'appuyer sur la suppression de « mesures de générosité sociale » de ce type : faut-il considérer ces 3 jours (23,4 h) comme

déductibles des 174 heures que chaque agent à temps plein devra gagner sur l'année pour être à 35 heures ? Le risque est bien de mettre à mal le dialogue social, si aucune contrepartie organisationnelle n'est proposée aux agents.

B – La valorisation des absences maladies : des pertes d'heures de travail potentiel.

Le décompte des jours d'absence pour maladie ne fait pas l'objet d'une proratisation en heures : le logiciel Alienor, qui permet de gérer les congés pour raisons de santé, ne prend en compte que les jours pleins. En conséquence, toutes les absences maladies d'agents à temps partiel –excepté pour les quotités de 50% pour lesquelles les absences sont doublées – ne sont pas comptabilisées à leur juste valeur.

Voici deux exemples successifs qui tentent d'imager cette situation :

**PREMIER EXEMPLE : UN 50% DE JOUR ABSENT UNE SEMAINE ENTIERE
L'ABSENCE MALADIE EST BIEN VALORISEE**

	1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine	4 ^{ème} semaine	Solde
Planning	T	T	JA	JA	
Contrat prévu	40 h	40 h	0 h	0 h	80 h
Durée théorique	20 h	20 h	20 h	20 h	80 h
Contrat réalisé	40 h	abs	0 h	0 h	40 h
Débit-crédit	+ 20 h	0 h	- 20 h	- 20 h	= - 20 h solde
Comptabilisation hôpital	40 h	abs	abs	0 h	= 0 h solde

Le problème n'est pas que l'agent n'effectue que 40 h sur les 80 h prévues initialement : son arrêt maladie lui en donne le droit. La difficulté vient du fait que l'agent est amené à prendre des récupérations sur du temps qu'il n'a pas travaillé. C'est la raison pour laquelle la DRH double l'absence : l'agent récupère ses 20 h supplémentaires de la 1ère

semaine sur la 4^{ème} semaine, mais il ne doit pas récupérer le temps non travaillé de la 2^{ème} semaine sur la 3^{ème} semaine. L'hôpital a alors deux solutions : soit considérer que l'agent lui doit 20 h, soit comptabiliser la 3^{ème} semaine comme du temps d'absence maladie. C'est cette seconde méthode qui a été retenue, et qui justifie l'expression « doubler l'absence ».

**DEUXIEME EXEMPLE : UN 75% DE JOUR ABSENT UNE SEMAINE ENTIERE
L'ABSENCE MALADIE EST MAL VALORISEE**

	1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine	4 ^{ème} semaine	Solde
Planning	Travail	Travail	Travail	JA	
Contrat prévu	40 h	40 h	40 h	0 h	120 h
Durée théorique	30 h	30 h	30 h	30 h	120 h
Contrat réalisé	40 h	40 h	abs	0 h	80 h
Débit-crédit	+ 10 h	+ 10 h	0 h	- 30 h	= - 10 h solde
Comptabilisation hôpital	40 h	40 h	abs	0 h	= - 10 h solde

On se retrouve dans la même situation que l'exemple précédent, sauf que l'hôpital ne valorise pas l'absence à sa juste valeur. L'agent récupère en effet 10 h qu'il n'a pas travaillées, et qui résultent de la différence entre les 80 h effectuées et les 90 h théoriques de travail sur la 1^{ère}, la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine. Toutes les quotités de temps partiel, excepté le 50 % de jour, génèrent ainsi un différentiel d'heures perdues de travail potentiel.

Sachant qu'en 1998, 4240 jours calendaires ont été chômés pour maladie par les agents à 60%, 70%, 80% et 90%, le temps perdu par l'hôpital est considérable.

Pourtant, le Centre Hospitalier de Saint-Malo peut difficilement changer de pratique : un arrêt du Tribunal Administratif de Besançon du 27 novembre 1994 a débouté l'hôpital de Belfort et créé une jurisprudence défavorable à ce genre d'évolution. Ce dernier estimait que l'absence d'un de ses agents à temps partiel, travaillant par journées groupées supérieures à 7 h 48 min, rendait celui-ci débiteur de 3 h 30 min, écart entre le temps qu'il

aurait travaillé en cas de présence et la quotité moyenne quotidienne imputée en cas d'absence. Le tribunal a tranché en défaveur de l'hôpital au motif que l'agent «(...) *ne peut être astreint à compenser son absence par l'accomplissement d'un service venant en complément des obligations de service qui sont normalement les siennes dans sa position de temps partiel* ».

3 – Pour l'instauration d'un « Chronoguide ».

Les quelques remarques précédentes montrent les difficultés éprouvées par un établissement pour appliquer dans l'équité le temps de travail prévu par la loi. Pour que l'application des 35 heures ne multiplie pas les risques de pertes d'heures de travail, il est indispensable de reprendre point par point les règles de décomptes avec les organisations syndicales, pour les porter à la connaissance de tous.

A – L'exemple du CHI de Créteil

« Le présent document se veut exhaustif à propos des règles de gestion du temps de travail. Il a pour but d'exposer, de la façon la plus claire et la plus complète possible, l'ensemble de ces règles qui scandent tous les jours la vie de l'établissement ».

En introduisant ainsi son « chronoguide », le DRH du CHI de Créteil a résumé un travail dont l'ampleur n'a d'équivalent que l'intérêt qui en est ressorti. En effet, sept groupes de travail ont été réunis, représentant au total une cinquantaine de cadres et d'agents. Les thèmes étaient classiques : congés annuels, maladies, autorisation d'absence, etc. Un texte a fait l'objet d'une première édition, avant que les organisations syndicales ne l'étudient et n'y intègrent de nombreux amendements. Après plusieurs mois d'études et de discussions, la

première version du « chronoguide » a été soumise au CTE, puis diffusée à chaque cadre, à chaque organisation syndicale, à chaque service et à chaque agent qui en avait fait la demande.

Les objectifs étaient les suivants :

- L'application des textes
- La promotion d'un management basé sur une relation de confiance contractuelle
- L'égalité de traitement
- La régulation du temps de travail (éviter la croissance des heures supplémentaires)
- Le principe de la transparence totale grâce à un document unique et accessible
- Le comptage en heures et le système par comparaison quotidienne
- La maintenance de l'outil

Ce « décryptage technique approfondi » a permis la clarification des règles et des pratiques, tout en favorisant la réflexion de chacun sur le temps de travail. Les 35 heures n'apparaissent dès lors plus comme un Himalaya juridique mais bien comme la conséquence logique d'un débat renouvelé.

B – Du boulier à l'informatique

Une fois les règles parfaitement définies, l'outil informatique est susceptible d'apporter un confort supplémentaire dans la gestion du temps, par l'intégration des situations individuelles hétérogènes dans des cycles eux-mêmes plus aléatoires. Premièrement, l'installation d'un logiciel permet de rendre les règles efficaces : n'oublions pas qu'à Saint-Malo, il n'existe aucun système de contrôle centralisé. Que chaque surveillant puisse s'appuyer sur un outil fiable limiterait les possibilités d'erreurs ou les tentatives de détournement d'heures. En particulier, la gestion du décalage entre journée réelle et journée théorique s'avérerait plus aisée, sous la forme d'une gestion débit-crédit ou d'un compte-

épargne temps. Deuxièmement, le cadre peut légitimement espérer un gain de temps dans la gestion des plannings. Ecrasé par des tâches ingrates de calcul où l'heure n'est jamais complète et où la récupération n'est jamais totale, le surveillant peut gagner le temps de redevenir à part entière un négociateur et un garant de la qualité des soins. La question de savoir si l'outil informatique permettrait d'améliorer de 4 heures la productivité d'un cadre reste néanmoins en suspens...

Au total, la situation du Centre Hospitalier de Saint-Malo au regard du temps travaillé est paradoxale : l'application de règles rigoureuses et exigeantes n'empêche pas un certain conservatisme dans le décompte quotidien des heures effectuées. La confrontation avec d'autres hôpitaux de la région permet toutefois de relativiser ce jugement, notamment en matière d'écart entre le temps de travail effectif par agent et la durée de travail réglementaire.

B – LE TEMPS DE TRAVAIL CHEZ NOS VOISINS BRETONS : VARIATIONS SUR LE MEME THEME.

L'ARH Bretagne a effectué une étude sur la durée du travail dans les établissements hospitaliers publics, qui a donné lieu à une série de fiches synthétiques par hôpital, disponibles sur le site Internet de l'agence. Dans le cadre du passage aux 35 heures, ces informations sont précieuses au sens où elles conditionnent l'attribution éventuelle de moyens.

1 – Comparaisons.

Le tableau suivant est un résumé de certaines fiches synthétiques recueillies par l'ARH. Son objectif est de confronter la durée réelle et la durée théorique de travail au sein de

chaque hôpital, et de tirer de ce solde un ratio égal au nombre d'heures perdues/total ETP. Ce ratio représente le nombre d'heures moyen dont chaque agent est débiteur au regard de la réglementation, et permet d'établir des comparaisons sur cette base. Le nom des différents Centres Hospitaliers – excepté celui de Saint-Malo bien entendu – a été transformé en lettre, dans un souci d'objectivité et de neutralité. Le détail de ces fiches figure dans l'annexe n°4.

	ADMINISTRATIF			TECHNIQUE ET OUVRIER			MEDICO-TECHNIQUE			SOIGNANT ET EDUCATIF		
	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste
SAINT-MALO												
Nbr agents ETP		103	22		85	39		8	42	130	150	659
Somme des heures travaillées		1731	1700		1731	1700		1731	1700	1526	1731	1700
Obligation annuelle		1716	1716		1716	1716		1716	1716	1540	1716	1716
Solde par agent		+15	-15		+15	-15		+15	-15	-14	+15	-15
Solde total effectif		+1545	-330		+1275	-585		+120	-630	-1820	+2250	-9885
Total heures perdues = - 8060 heures												
Ratio total heures perdues / total ETP = 6,49 h												
HOPITAL B												
Nbr agents ETP	2	210	7	5	264	6	4	114		180	1140	56
Somme des heures travaillées	1533	1627	1598	1533	1627	1598	1533	1637		1533	1637	1598
Obligation annuelle	1540	1716	1716	1540	1716	1716	1540	1716		1540	1716	1716
Solde par agent	-7	-88	-117	-7	-88	-117	-7	-78		-7	-78	-117
Solde total effectif	-14	-18480	-819	-35	-23232	-702	-28	-8892		-1260	-88920	-6552
Total heures perdues = - 148934 heures												
Ratio total heures perdues/total ETP = 74,87 h												
HOPITAL C												
Nbr agents ETP	6	391	20	5	420	8	4	264		384	363	1851
Somme des heures travaillées	1631	1661	1631	1631	1661	1631	1631	1661		1631	1661	1631
Obligation annuelle	1540	1716	1628	1540	1716	1628	1540	1716		1540	1716	1628
Solde par agent	+91	-54	+3	+91	-54	+3	+91	-54		+91	-54	+3
Solde total effectif	+546	-21114	+60	+455	-22680	+24	+364	-14256		+34944	-19602	+5553
Total heures perdues = - 35706 heures												
Ratio total heures perdues/total ETP = 9,60 h												

	ADMINISTRATIF			TECHNIQUE ET OUVRIER			MEDICO-TECHNIQUE			SOIGNANT ET EDUCATIF		
	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste	Nuit	Jour	Par poste
HOPITAL D												
Nbr agents ETP	2	230		2	164		2	64	22	180 18 30	66 894	56
Somme des heures travaillées	1530	1627		1530	1627		1530	1627	1591	1530 1562 1584	1627 1681	1591
Obligation annuelle	1540	1716		1540	1716		1540	1716	1657	1540	1716	1657
Solde par agent	-10	-88		-10	-88		-10	-88	-66	-10 +22 +44	-88 -34	-66
Solde total effectif	-20	-20240		-20	-14432		-20	-5632	-1452	-84	-36204	-3696
Total heures perdues = - 81800 heures												
Ratio total heures perdues/total ETP = 47,28 h												
HOPITAL E												
Nbr agents ETP	5	145		7	199		9	94		174	882	
Somme des heures travaillées	1550	1606		1550	1723		1550	1723		1550	1576	
Obligation annuelle	1540	1716		1540	1716		1540	1716		1540	1716	
Solde par agent	+10	-110		+10	+8		+10	+8		+10	-139	
Solde total effectif	+50	-15950		+70	+1592		+90	+752		+1740	- 122598	
Total heures perdues = -134254 heures												
Ratio total heures perdues/total ETP = 83,23 h												
HOPITAL F												
Nbr agents ETP		46	2		21	32		6	16	45	45	281
Somme des heures travaillées		1723	1708		1723	1708		1723	1708	1539	1723	1708
Obligation annuelle		1716	1716		1716	1716		1716	1716	1540	1716	1716
Solde par agent		+8	-8		+8	-8		+8	-8	-1	+8	-8
Total effectif		+368	-16		+168	-256		+48	-128	-45	+360	-2248
Total heures perdues = 1749 heures												
Ratio total heures perdues/total ETP = 3,53 h												

Commentaires :

Hôpital B :

Le différentiel d'heures comme le ratio *total heures perdues/total ETP* sont parmi les plus élevés de ce tableau. Cette situation s'explique essentiellement par l'assimilation du temps de repas à du temps de travail : la semaine effective équivaut dès lors à 36 h 30, ce qui ne place les agents concernés somme toute qu'à 1 h 30 des 35 heures.

Hôpital C :

- Les surplus d'heures constatés en matière de travail de nuit sont dus à l'absence de généralisation des accords Durieux. La semaine de nuit est équivalente en effet à 37 h 30 et non à 35 h, ce qui joue comme un contrepoids par rapport aux heures de jour susceptibles d'être « perdues ».

- On constate que pour le travail par postes, cet hôpital prend 1628 h et non 1716 h comme référence annuelle. Ce chiffre constitue en fait la moyenne entre la base annuelle de jour (1716 h) et celle de nuit (1540 h), et a été retenu sur l'hypothèse d'un roulement 50-50 entre le jour et la nuit. Pour se concentrer sur le personnel soignant et éducatif, il faut donc considérer qu'en plus des 384 agents exclusivement de nuit, les 1851 agents par postes travaillent la nuit pendant 50% de leur temps. Le personnel soignant de nuit serait donc aussi nombreux que le personnel soignant de jour. Le chiffre de 1628 h reste donc à débattre, d'autant qu'une quelconque augmentation de l'obligation annuelle de travail pour les agents postés serait significative en terme de différentiel négatif d'heures travaillées.

Hôpital D :

- Les multiples références horaires en matière de travail de nuit expriment des durées variables de 10 h, 11 h ou 12 h de nuit.
- Comme pour les deux hôpitaux précédents, le temps de repas est comptabilisé comme du temps de travail, à la différence qu'il s'agit d'une durée de 18 minutes / jour et non d'une demi-heure.
- L'obligation annuelle pour les agents postés est ici estimée à 1657 h, sur une base de 2/3 jour et 1/3 nuit.

Hôpital E :

C'est le ratio le plus élevé du tableau, puisqu'il estime à 83 h le déficit annuel d'heures par agent. C'est une situation plutôt paradoxale puisque le différentiel se creuse presque uniquement avec les agents de jour soignants et administratifs, ce qui laisse supposer des différences assez importantes entre les agents. Là encore, c'est le temps de repas d'une demi-heure inclus dans le temps de travail qui explique les écarts entre temps réglementaire et temps travaillé.

Hôpital F :

Le ratio particulièrement faible marque un respect global des durées réglementaires de travail. On peut attribuer le différentiel de 1749 heures à l'articulation des jours fériés qui, selon l'année, provoque un excédent ou un déficit d'heures au regard de la moyenne annuelle que constituent les 1716 h.

Ce tableau retient finalement l'attention sur la forme et sur le fond.

Sur la forme tout d'abord, il semble que l'élaboration par l'ARH d'une fiche-type à remplir a, malgré tout, suscité des interprétations discordantes. Visiblement, l'obligation annuelle de travail par agent est loin d'être identique pour tout le monde, tandis que le travail « par poste » n'a pas la même signification selon l'établissement (cf. différences d'effectifs évidentes).

Sur le fond ensuite, l'hétérogénéité des situations constatées contribue à donner aux 35 heures un sens totalement différent d'un hôpital à l'autre : nous parlerons alors de réduction fictive ou effective du temps de travail.

2 – Entre réduction fictive et réduction effective du temps de travail

Le tableau présenté marque deux tendances fortes :

- Un temps travaillé globalement inférieur à la durée réglementaire ;
- Des disparités profondes entre chaque centre hospitalier.

Le passage aux 35 heures n'implique donc pas les mêmes conséquences selon les hôpitaux, tant en ce qui concerne les réorganisations éventuelles des services que l'attribution potentielle de moyens supplémentaires.

A – Les conséquences en matière de réorganisation du travail

Le centre Hospitalier de Saint-Malo est en moyenne crédeur de 6 h 30 par agent sur l'année. La semaine moyenne d'un agent à temps plein de jour équivaut donc à :

$$\begin{aligned} 1716 - 6 \text{ h } 30 &= 1709 \text{ h } 30 / 220 \text{ jours}^{36} \\ &= 7 \text{ h } 46 \text{ min/jour} \\ &= 38 \text{ h } 51 \text{ min/semaine} \end{aligned}$$

Avec cette durée de travail proche des 39 heures réglementaires, la généralisation des 35 heures va donner lieu à une réduction effective du temps de travail. Il s'agit donc d'une réforme de fond qui implique une réflexion sur l'organisation du travail dans les services. Les 3 h 51 min à compenser constituent l'occasion d'une optimisation du fonctionnement de chaque unité fonctionnelle, par l'analyse et la régulation des charges de travail.

Prenons maintenant l'exemple de l'hôpital E, dont le ratio d'heures créditées est de 83 h 13 min par agent. L'application du calcul précédent porte la semaine moyenne de travail à 37 h 06 min. Le travail de réorganisation est d'une certaine manière facilité par un gain moindre de temps à compenser (2 h 06 min), mais les agents ne bénéficient pas d'une réduction de leur temps de travail aussi significative que dans le cas précédent.

B – Les conséquences en matière d'allocation de moyens supplémentaires.

On peut penser que l'étude menée par l'ARH Bretagne aura des conséquences certaines sur le mode de distribution des moyens. En toute bonne logique, les différences dans les temps de travail pratiqués devraient générer des différences dans le volume des aides attribuées. Reprenons les 6 hôpitaux présentés en appliquant la règle suivante :

Nombre d'heures effectuées actuellement (total ETP de jour x 1716 h) – Nbre d'heures perdues

– Nbre d'heures à effectuer avec les 35 heures (Total ETP x 1540 h)

= Nbre de postes à compenser (Nbre total d'heures / 1540 h)

<i>SAINT-MALO</i>	$\frac{(1\ 111 \times 1\ 716) - 8\ 060}{- 1\ 111 \times 1\ 540}$
	<p>= 187 268 h</p> <p>121,60 postes soit une augmentation d'effectif de 9,79%</p>
<i>Hôpital B</i>	$\frac{(1\ 798 \times 1\ 716) - 148\ 934}{- 1\ 798 \times 1\ 540}$
	<p>= 167 514 h</p> <p>108,77 postes soit une augmentation d'effectif de 5,46 %</p>
<i>Hôpital C</i>	$\frac{(3\ 317 \times 1\ 716) - 35\ 706}{- 3\ 317 \times 1\ 540}$
	<p>= 548 086 h</p> <p>355,90 postes soit une augmentation d'effectif de 9,57 %</p>
<i>Hôpital D</i>	$\frac{(1\ 496 \times 1\ 716) - 81\ 800}{- 1\ 496 \times 1\ 540}$
	<p>= 181 496 h</p> <p>117,85 postes soit une augmentation d'effectif de 6,81 %</p>
<i>Hôpital E</i>	$\frac{(1\ 418 \times 1\ 716) - 134\ 254}{- 1\ 418 \times 1\ 540}$
	<p>= 115 314 h</p> <p>74,87 postes soit une augmentation d'effectif de 4,64 %</p>
<i>Hôpital F</i>	$\frac{(450 \times 1\ 716) - 1\ 749}{- 450 \times 1\ 540}$
	<p>= 77 451 h</p> <p>50,29 postes soit une augmentation d'effectif de 10,16 %</p>

³⁶ Référence de jours travaillés sur l'année selon la circulaire « Veil » de 1994.

Faut-il pour autant que chaque hôpital s'attende à recevoir le nombre de postes calculés ci-dessus ? De toute évidence, si ces chiffres donnent un premier aperçu de l'ampleur des modifications sociales à venir, la compensation espérée dépend de bien d'autres facteurs. Premièrement, il faut rentrer dans le détail des particularités de chaque établissement, en particulier en matière de décompte du temps travaillé³⁷ et de caractéristiques locales (nuit à 37h 30, obligation annuelle par agent sur travail posté...). Deuxièmement, pour évaluer les marges de manœuvre dont dispose chaque établissement au regard des gains potentiels de productivité, les autorités de tutelle peuvent recourir au PMSI qui fournit de précieuses indications dans ce domaine. Troisièmement, il est peu probable que dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, les créations d'emploi couvrent l'intégralité de la diminution du temps de travail. Quatrièmement, une règle mathématique ne permet pas de résoudre l'équation proposée aux 685 000 agents de la Fonction Publique Hospitalière.

D'autres éléments interviennent, qui constituent des passages obligés pour la réussite d'une telle opération : il s'agit de la négociation sociale, de l'analyse des charges de travail ou encore de la définition des finalités envisagées. C'est ce que nous appelons les principes de la démarche.

³⁷ Voir II – A – 2

TROISIEME partie :

LES PRINCIPES DE LA DEMARCHE : SUR QUELS LEVIERS AGIR ?

Si la Réduction du Temps de Travail doit être vécue comme une conquête sociale, elle doit également représenter un gain pour la collectivité. Autrement dit, l'augmentation du temps libre individuel doit générer un mieux-être collectif. Les leviers d'action sont donc doubles : il s'agit d'une part de mobiliser les acteurs institutionnels autour du projet des 35 heures (A), et d'autre part d'engager une réflexion générale sur la répartition du travail au quotidien autour des besoins des usagers (B).

A – CONCILIER LES DIFFERENTES FINALITES DE LA REDUCTION AUPRES DES ACTEURS INSTITUTIONNELS.

La majorité des accords de branche ou d'entreprise passés dans le secteur privé³⁸ repose sur trois éléments :

- la réduction du temps de travail conçue comme une amélioration des conditions de travail ;
- l'optimisation des ressources de l'entreprise par une plus grande flexibilité ;
- la modération salariale comme contrepartie des gains de temps individuels et condition d'embauches supplémentaires.

³⁸ Voir supplément du n°483 de Entreprise et Carrières du 25 au 31 mai 1999.

Ce tripode permet finalement de créer les conditions d'un équilibre entre les revendications des salariés et les exigences des employeurs. Voyons sur quel triptyque repose la mise en place des 35 heures à l'hôpital et quels acteurs sont concernés.

1 – La mise en œuvre complexe du triptyque patient/personnel/emploi.

La généralisation des 35 heures n'est pas univoque, mais engage une série d'interactions entre la condition du patient, les attentes du personnel et le développement de l'emploi hospitalier.

A – L'amélioration de la qualité des soins comme contrepartie des gains de temps libre.

En affirmant que les 35 heures sont une occasion de mieux répondre à la satisfaction des usagers, on est à peu près sûr de créer l'unanimité. Et pourtant, deux questions se posent :

- Le patient souffre-t-il actuellement de l'organisation horaire des services ?
- En quoi les 35 heures constituent un risque pour le bien-être du patient ?

↳ Le service « Organisation et Méthodes » du Centre Hospitalier de Saint-Malo est chargé d'études diverses sur le fonctionnement des unités au cours desquelles certains dysfonctionnements patents apparaissent :

- La faiblesse de l'encadrement le week-end ne permet pas toujours au personnel présent d'effectuer la totalité des tâches qui lui sont imparties. Ainsi, le lever en Long Séjour est parfois escamoté le dimanche.
- Dans la majorité des services, les patients sont réveillés à 6 h 45 – 7 h et « couchés » vers 20 h. Autant ce rythme peut convenir à des patients âgés qui ont l'habitude de se coucher tôt et de se lever tôt, autant il peut être perturbant pour des malades plus jeunes. Il est clair que c'est la relève des équipes à 7 h le matin qui provoque le réveil des patients et non l'inverse.
- Souvent, il est impératif que les patients aient les médicaments avant ou pendant le petit déjeuner. Il importe donc que les IDE précèdent de peu les AS, ce qui est généralement le cas. Dans cette même logique, les prises de sang sont parfois effectuées par l'équipe de nuit à partir de 6 h du matin !

Est-ce à dire que l'organisation en place privilégie le soignant au détriment du patient ? Il serait abusif de généraliser, tant l'activité de soins impose également ses contraintes³⁹. Cela dit, la modification de la durée réglementaire hebdomadaire reste une solution en matière d'ajustement des horaires, notamment au travers du projet de soins infirmiers.

↳ A contrario, les 35 heures représentent un danger pour les patients. L'acte de soin ne se résume pas à une production de bien matériel, mais il inclut une dimension sociale et relationnelle : or la compression du temps de travail, dans un souci d'efficacité économique et organisationnelle, porte en elle les germes d'une dérive productiviste. Ainsi, le service « Organisation et Méthodes » a-t-il démontré que la multiplication des tâches relatives à l'hygiène des chambres, sans modification des rythmes ni ajustement des effectifs, a éloigné

l'Aide-Soignant du malade en réduisant les possibilités de contact. En tout état de cause, les risques de la généralisation des 35 heures résident dans la suppression de ces « temps sociaux » qui sont au patient ce que la saccharine est au marathonnien. De ce point de vue, les aspirations du malade et du personnel se rejoignent.

B - La prise en compte des aspirations du personnel en matière de conditions de travail.

Si le gain de 4 heures de temps libre reste un argument séduisant, la réforme à venir provoque paradoxalement un sentiment de méfiance chez les agents. La crainte est tout naturellement de voir la masse de travail actuelle être compressée sur 35 heures, sans compensation en matière de conditions de travail. De fait, il existe une littérature, essentiellement développée par l'ANACT et les médecins inspecteurs du travail⁴⁰, qui refuse l'assimilation systématique entre ARTT et amélioration des conditions de travail. Selon ces enquêtes, les 35 heures sont en effet susceptibles de provoquer une densification du travail induite par la réduction des pauses, par l'augmentation de la surveillance hiérarchique et par la restriction des temps d'échanges antérieurement tolérés. Cette démarche constitue par conséquent un élément de déstabilisation du collectif et représente, tant pour les salariés que pour l'hôpital, une période de vulnérabilité devant inciter les partenaires sociaux à la vigilance. Le Centre Hospitalier de Saint-Malo s'est déjà interrogé sur les relations existantes entre temps de travail et absentéisme⁴¹ : il a été clairement démontré que les agents à temps partiel étaient plus souvent arrêtés que les agents à temps plein. Il paraît donc illusoire

³⁹ Voir infra III.B.1.B.

⁴⁰ Colette JACQUES, « Aménagement et RTT ; impact sur les conditions de travail et la santé ». Droit social, n°3 mars 1999.

⁴¹ Voir l'excellent mémoire de Bruno PAGLIANO, « Le temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ? Analyse de la situation au Centre Hospitalier de Saint-Malo ». ENSP, Mémoire EDH, 1998.

d'espérer une quelconque diminution de l'absentéisme par le passage aux 35 heures. Pire, l'hypothèse d'une densification du travail génèrerait vraisemblablement une accentuation des arrêts maladie. C'est la raison pour laquelle les tentatives de réorganisation, basées sur la nécessité de calquer le travail des agents sur l'activité réelle, doivent rendre bénéficiaires des 35 heures le personnel au même titre que l'institution hospitalière.

C – L'emploi, au carrefour de logiques contradictoires.

L'objectif affiché de la loi du 13 juin 1998 pour le secteur privé est de partager l'emploi. Cette démarche novatrice rompt avec les précédentes réductions du temps de travail qui avaient pour enjeu la santé publique au XIXème siècle et l'accroissement du temps libre depuis le milieu du XXème siècle. Il y a de fortes probabilités pour que cette ambition soit appliquée également au secteur public, avec cependant de nombreuses interrogations qui ont été évoquées en filigrane au cours des deux premières parties :

- La concurrence 35 heures / temps partiel risque de bloquer la logique de création de postes par le retour à temps plein d'un certain nombre d'agents.
- L'incertitude la plus totale plane sur le montant des compensations : la diversité des hôpitaux devra être prise en compte, mais on ignore encore sur quel critère. Va-t-on vers des embauches égales à 6 % de l'effectif total pour une diminution de 10 % de temps travaillé ?
- Pour les personnels et en particulier les emplois les moins qualifiés, la RTT n'est souvent qu'un second choix après celui du salaire. On peut se demander *in fine* si

tous les partenaires sociaux sont véritablement prêts à s'engager dans des négociations sur une quelconque modération salariale.

En tout état de cause, le rappel de ces trois finalités (patient/personnel/emploi) montre à quel point le passage aux 35 heures ne peut pas faire l'économie d'une implication de l'ensemble des intervenants hospitaliers.

2 – La mobilisation obligée des différents acteurs institutionnels.

Le choix d'une démarche participative implique de déterminer quels sont les interlocuteurs concernés. En raison de leur poids respectif dans le fonctionnement hospitalier, le personnel non-médical, les organisations syndicales et les médecins apparaissent comme les éléments-maîtres du projet.

A – L'information et l'implication des organisations syndicales.

En créant un groupe de travail avant même que la loi ne soit publiée, la DRH de Saint-Malo a choisi de privilégier le dialogue social. Ce groupe ne s'est réuni pour l'instant qu'une seule fois, afin d'analyser les conclusions du Rapport ROCHÉ : trop d'incertitudes existaient jusqu'alors sur la généralisation des 35 heures à la fonction publique hospitalière pour que les échanges en la matière soient multipliés. Cela étant, l'enjeu de ce type de rencontre est double :

- Il s'agit d'une part de faire un état des lieux des pratiques existantes au sein du Centre Hospitalier, afin de les confronter à la réglementation actuelle et d'imaginer les évolutions possibles. Les lignes de ce mémoire pourraient être amenées - qui

saît - à devenir une base de discussion, qui permette aux syndicats comme à la Direction de lister les points d'harmonie et de désaccord.

- Cette instance est d'autre part une force de proposition et d'impulsion. La mise en place des 35 heures nécessite en effet de la souplesse, et l'on peut imaginer que, si un cadre juridique précis est élaboré pour l'ensemble des hôpitaux, la négociation proprement dite sera décentralisée et le dialogue social n'en aura que plus d'intérêt.

B – L'information et l'implication du personnel.

Les 35 heures constituent l'exemple-même du débat susceptible de déclencher des polémiques et des rumeurs difficilement maîtrisables. Pour que les réorganisations à venir soient acceptées sans arrières pensées, il est souhaitable que l'ensemble du personnel participe à l'élaboration de ce projet. Deux suggestions peuvent être faites :

- Constituer un comité de pilotage qui regroupe les personnes ressources de l'établissement en matière de temps de travail. Il ne faut pas oublier que le passage aux 35 heures de nuit a déjà mobilisé certains agents, qui ont une expérience à valoriser. De plus, la Direction a tout intérêt à s'appuyer sur les cadres infirmiers, qui ont une excellente connaissance du fonctionnement quotidien de leur service. L'enjeu réside dans la constitution d'un groupe d'experts, dont la pratique et l'esprit d'analyse permettent d'appréhender les incidences de la gestion du temps sur la qualité du service rendu. Un « appel à candidature » peut être prévu, qui sera suivi d'un choix fondé sur les savoirs et les règles de la représentativité. Il importe

en effet que la composition de ce comité, sans tomber dans la pléthore, repose sur une combinaison des différents métiers, grades et emplois. Rien n'interdit en outre que des sous-groupes soient constitués, afin de prendre en compte les spécificités des différents secteurs : MCO, urgences et bloc / personnes âgées et service de réadaptation fonctionnelle / services administratifs, techniques, et médico-techniques.

- Elaborer un questionnaire qui soit distribué dans les services par l'intermédiaire des représentants du comité de pilotage. L'objectif est à la fois de mieux connaître la perception des problèmes d'aménagement du temps de travail par les agents et d'identifier les cibles d'actions potentielles. Cette enquête pourrait avoir quatre thèmes principaux :

1. Identification de la personne sondée ;
2. Son temps de travail et ses horaires ;
3. Son organisation du travail ;
4. Ses attentes personnelles au regard des 35 heures.

Ce questionnaire apporterait un supplément de légitimité et un ensemble de données exploitables par le comité de pilotage.

C – L'information et l'implication des médecins.

La place des médecins dans une perspective de réduction du temps de travail à 35 heures est primordiale mais incertaine. Elle est primordiale car le passage à 35 heures du

personnel soignant va bouleverser leur organisation de service. Il est donc nécessaire qu'ils soient sensibilisés à la question, tout en bénéficiant eux-mêmes du processus de réduction en cours. Elle est incertaine car elle ne génère guère de débat au sein même de la profession, et pose des difficultés d'organisation qui paraissent insurmontables.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Malo se trouve donc face à une triple difficulté :

- Du point de vue réglementaire tout d'abord, le statut de la fonction publique hospitalière ne s'applique pas aux médecins et les textes relatifs à la durée de travail des médecins hospitaliers sont imprécis. Ainsi le décret n°84-131 du 24 février 1984 fixe à 10 demi-journées le service hebdomadaire des Praticiens Hospitaliers à temps plein, sans en préciser la durée en heures. De fait, il n'existe pas au sein de l'hôpital de décompte du temps travaillé par les médecins, d'autant plus qu'en fonction de la spécialité et de l'activité, les amplitudes de travail sont variables. Peut-être conviendrait-il de disposer d'une connaissance plus précise en la matière, en incluant les gardes et les astreintes qui rentrent dans la définition du travail effectif proposée par la loi du 13 juin 1998.
- Sur le plan organisationnel ensuite, la difficulté est celle de l'adéquation entre le passage aux 35 heures du personnel soignant et le travail quotidien du médecin. Le nombre limité de praticiens par service exige un gros effort de redéfinition des horaires des agents, d'échelonnement des arrivées et des départs, et d'ajustement des moyens. Quant à la RTT applicable aux médecins eux-mêmes, elle se rapproche de la réflexion générale sur la fonction d'encadrement : l'amplitude

hebdomadaire paraît trop restrictive au regard des possibilités qu'offrent les notions de « capital-temps » ou de « capital congés », utilisables sur une base pluriannuelle.

- Quant à l'aspect financier, les plus lourdes incertitudes pèsent sur cette réforme. En ne prenant en compte que les praticiens à temps plein du Centre Hospitalier, on aboutit à une compensation brute estimée à $(66 \text{ PH} \times 45 \text{ h en moyenne}) - (66 \text{ PH} \times 35 \text{ h en moyenne}) = 660 \text{ h} / 35 \text{ h} = 18,85 \text{ postes}$, soit un surcroît d'environ 10,36 millions de francs. Qui plus est, les écoles de formation ne disposent actuellement ni des moyens ni du temps nécessaires pour faire face à de tels besoins de recrutement de la part des hôpitaux. Sans la mise en œuvre de restructurations de services, on voit mal comment dénouer les fils de cet écheveau.

Au total la mobilisation des syndicats et du personnel souffre de moins d'incertitudes que celle des médecins. La politique de communication et de concertation de l'établissement représente en tout cas un passage obligé, dans la perspective finale d'une adéquation entre l'organisation du travail et les besoins de l'utilisateur.

B – CONFRONTER LES ECARTS ENTRE LES BESOINS ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN PLACE.

La notion de réorganisation du travail est au cœur de la réforme des 35 heures : l'enjeu est d'améliorer le service rendu aux patients en obtenant des gains de productivité. Selon Madame Catherine PILLET-MOREELS, Directrice de Service de Soins Infirmiers⁴², l'organisation actuelle « *tend à enfermer l'institution dans des contraintes tant il devient*

difficile de moduler la présence des soignants en fonction de la charge de travail. La perspective de la réduction du temps de travail à 35 heures implique de réfléchir autour des fonctions manifestes et latentes et des dysfonctionnements qui régissent l'institution hospitalière ». L'analyse de la charge de travail est un premier pas dans cette quête de l'efficience, avant de pouvoir moduler les principales variables organisationnelles.

1 – Quel mode d'analyse de la charge de travail ?

La recherche de la productivité est issue directement du principe tayloriste de l'organisation du travail : l'hôpital se plie difficilement à cette logique, tant son fonctionnement quotidien échappe aux règles de quantification du travail.

A – Les tentatives de quantification de l'activité.

↳ L'objectif de toute technique visant à mesurer la charge en soins est d'identifier s'il y a bien adéquation entre la présence du personnel et les besoins des malades, et si d'éventuelles plages horaires peuvent offrir des marges de manœuvre.

Ainsi le *Projet de Recherche en Nursing* (PRN) est une méthode basée sur la planification des soins infirmiers qui permet, pour chaque personne soignée, de mesurer les effectifs nécessaires sur une durée de 24 heures. Cet instrument a cependant l'inconvénient d'être extrêmement inflationniste, dans la mesure où les items de base utilisés sont les soins infirmiers requis et non les soins réalisés. Son utilisation aboutit nécessairement au constat que le personnel est en nombre insuffisant pour accomplir les actes requis. C'est la raison

⁴² DH Magazine, n°65, Juin-Juillet 1999, p.13.

pour laquelle le Centre Hospitalier de Saint-Malo a choisi l'utilisation du *Pendiscan* et du *Diagramme de soins*.

- Le *Pendiscan* a pour base la détermination du niveau de dépendance des patients vis-à-vis des activités de la vie courante et des activités de soins techniques. La charge de travail est définie en fonction du niveau de dépendance.
- Le diagramme de soins est une technique issue du système *des Soins Infirmiers Individualisés aux Personnes Soignées (SIIPS)*, dont les items de base reposent sur les soins effectivement réalisés. Ces soins sont scindés en trois parties : activité de la vie courante / soins techniques / soins relationnels.

Ces méthodes ont l'avantage incontestable de donner un soubassement théorique à ce que l'on peut déterminer de façon intuitive si l'on connaît bien le fonctionnement d'un service de soins. Elles sont pourtant quelque peu inadaptées pour une analyse de l'organisation journalière de la charge de travail, car elles ne permettent pas d'embrasser l'ensemble des facteurs de fonctionnement d'un service.

↳ La volonté de quantifier de manière exhaustive la charge de travail se heurte à trois types de difficulté :

- En premier lieu, il existe un danger dans le recensement des tâches à « geler les manques », en partant du principe qu'il faut réorganiser les tâches repérées tout en omettant les actes qui pourraient ou devraient être faits.

- En second lieu, la complexité et la lourdeur des techniques citées augmentent la charge de soins indirects. Le travail par écrit et le « codage » des actes provoquent généralement des réticences chez les soignants : dossier d'entrée, planification murale et transmissions ciblées s'ajoutent en effet au Pendiscan et au Diagramme de soins. Ce dernier instrument en particulier suscite de nombreuses contestations : il lui est reproché son manque de lisibilité (2208 cases potentielles à remplir par patient) et son caractère inopérant (comment comptabiliser les actes relationnels ?). De fait, l'étude de ces diagrammes montre une densité de réponse qui s'allège inéluctablement au fil des jours.

- Enfin, on peut être extrêmement sceptique quant à la pertinence d'évaluations temporelles d'actions unitaires. Le piège de ces techniques réside dans l'élaboration d'un modèle organisationnel extrêmement rigide, à partir de données objectives qui n'intègrent aucune régulation individuelle ou collective. Des tâches identiques occasionnent en effet des traitements différents selon les individus qui en ont la charge à un moment donné. En long séjour, certains aides-soignants effectuent les toilettes selon l'ordre des chambres, quand d'autres commencent par les malades les plus difficiles. Le travail en doublon provoque également des rythmes et des attitudes évolutifs en fonction des partenaires. Pendant la nuit, l'angoisse du décès incite certains agents à réaliser toutes les « corvées » le plus rapidement possible, alors que d'autres vont au contraire étalonner la charge de travail. Qui plus est, l'activité n'est pas linéaire, au sens où certains événements échappent totalement à la maîtrise des agents : c'est le cas des appels téléphoniques dans le service, des attentes et du rythme des praticiens, des sollicitations des familles, de l'ambiance générale du service ...

Les notions de stratégie individuelle et d'élément exogène aident à montrer la complexité d'une quantification exhaustive des charges de travail. L'organisation du travail autour des charges prescrites, segmentées et chronométrées ne permet pas de donner une souplesse suffisante au système, gage d'adaptabilité et d'implication des agents. L'instauration des 35 heures implique une régulation plus qu'une quantification du travail.

B – Les expériences d'ajustement de l'activité.

Les gains de productivité constituent un des objectifs de l'ARTT : en quoi les 35 heures peuvent-elles générer une augmentation de 5 voire 10 % de la productivité ? Beaucoup de modifications ont déjà été opérées par les cadres, en fonction des charges de travail échues à leur service. L'organisation existante n'est pas née du hasard, mais s'est construite à partir d'ajustements qui ont façonné le fonctionnement actuel. Autrement dit, il y a derrière chaque service une réflexion propre à maîtriser au mieux l'activité de soins.

↳ Il existe tout d'abord des outils efficaces de mesure de variation d'activité : l'unité Activité/Statistiques de la Direction des Finances permet ainsi de disposer d'informations exploitables sur l'évolution des entrées et des journées par service, et d'établir des courbes et des tableaux schématisant les grandes tendances. Le service de Moyen-Séjour s'appuie également sur la grille AGGIR, qui permet d'équilibrer la charge de travail au sein de l'unité. En effet, l'évaluation du niveau de dépendance des patients à partir d'une hiérarchie de six groupes joue comme un régulateur de l'activité. La présence massive de patients du groupe 1 nécessite de la part du cadre une gestion adaptée de ses effectifs, par le recours à des IDE et des AS supplémentaires. L'annexe n°5 résume le contenu de la grille

AGGIR, et exprime l'expression des besoins du moment à partir duquel le surveillant dirigera son équipe.

↳ De façon générale, la répartition des horaires marque la volonté de calquer la présence des agents sur l'activité des services.

- Les horaires se caractérisent tout d'abord par leur forte diversité. L'analyse des types d'amplitude dans les services de médecine montre ainsi l'existence de 40 formes horaires, qui rythment le travail des IDE et des AS/ASH.

Horaires types dans les services de médecine : IDE, AS, ASH

Matin	Après-midi	Nuit	Coupe
6h30 – 15h 8h – 16h30 8h30 – 17h 6h45 – 15h15 7h – 15h30 7h30 – 16h 6h45 – 15h30 6h15 – 14h30 6h15 – 14h45 6h15 – 14h45 7h15 – 15h30 8h15 – 16h30 6h30 – 14h30	13h30 – 21h30 13h15 – 21h15 13h – 21h 13h15 – 21h 12h – 20h	21h – 7h 20h45 – 6h45 20h30 – 6h30 0h45 – 6h45 21h – 7h30	8h-12h30/16h-19h30 8h-13h/17h-20h 7h-12h30/17h30-20h 8h-12h/15h30-19h30 8h-13h/17h30-20h30 8h30-12h30/17h30-21h30 8h-12h30/15h30-19h 8h-12h/16h-20h 7h-12h/17h-20h 8h-12h/15h-19h 8h30-13h/18h-21h30 7h-12h30/17h-19h30 8h30-12h30/15h-19h 9h-13h/17h-21h 8h30-13h/17h30-21h 8h-12h30/17h-20h30 8h-12h15/17h45-21h 8h30-12h30/15h30-19h30
12	5	5	18

- Les horaires se caractérisent ensuite par leur originalité. Le système des coupes n'est pas généralisé à l'ensemble des hôpitaux mais il est fortement utilisé au Centre Hospitalier de Saint-Malo. Cette pratique est surtout remarquable lors des week-ends, dans les services n'ayant pas d'autres possibilités pour assurer la continuité des soins. On peut constater que sur les 18 horaires-types référencés, 17 ne respectent pas l'amplitude maximale réglementaire de 10 h 30. Ce type de situation va à l'encontre des intérêts des agents pour qui ce système de coupe amplifiée reste particulièrement pénalisant au regard de l'articulation vie professionnelle / vie personnelle. En tout état de cause, l'imposition des coupes est dictée par la nécessité d'assurer un service adapté au patient, et non par une répartition inique du personnel dans les services.

- Les horaires se caractérisent enfin par leur "fréquencement". Alors que l'activité de soins réclame une certaine constance sur l'ensemble de la journée, la charge des aides-soignants se concentre davantage en matinée avec la pratique des toilettes. De fait, les horaires s'agencent différemment en fonction des catégories professionnelles. Ce tableau, issu de l'audit interne pour l'application et la réduction du temps de travail de nuit, exprime ainsi des pourcentages différents selon les horaires travaillées par les IDE et les AS :

***Pourcentage des différents horaires travaillés
par catégories professionnelles par jour, du lundi au dimanche inclus***

	Horaires continus du matin (ex : 6h30-15h)	Horaires continus du soir (ex : 13h-21h)	Horaires continus mixtes (ex : 8h-16h30)	Horaires coupés mixtes (ex : 8h30-12h30/ 15h30-18h30) amplitude = ou <10h30	Horaires coupés mixtes (7h-12h/ 17h30-20h30) amplitude > 10h30	Horaires continus > à 9 heures consécutives (6h45... 18h45)
IDE/PUER	40%	40%	2%	1%	14%	3%
AS/ASH	44%	24%	4%	1%	29%	0%
AUTRES	9%	16%	58%	4%	4%	11%

En résumé, ces éléments indiquent que la mise en place des 35 heures au Centre Hospitalier de Saint-Malo ne s'effectuera pas sur un terrain vierge de toute réflexion organisationnelle. Les gains de productivité espérés seront fonctions d'ajustements plus que de réorganisations. Ces ajustements s'appuieront sur les modes classiques de régulation, utilisés traditionnellement par les cadres dans leur service.

2 – Quelles principales variables organisationnelles ?

La réduction de la durée hebdomadaire du temps de travail exige une diminution des temps de latence au sein des services de soins, et une articulation performante des équipes. Quatre formes d'action peuvent être retenues, qui ont déjà été utilisées en des occasions diverses au Centre Hospitalier de Saint-Malo.

A – La réduction des temps de chevauchement.

Les chevauchements constituent l'expression de la continuité du service public : ils permettent l'échange d'informations entre les différentes équipes, afin que chaque soignant ait connaissance des modifications survenues dans le traitement ou le comportement

des malades. Ces périodes varient d'un service à l'autre et intègrent parfois les transmissions générales. La question est de savoir dans quelle mesure le temps consacré aux chevauchements représente une plus-value pour le patient : en quoi la durée de ces intervalles ne constitue pas une déperdition de temps travaillé ? La tentation est grande, pour le gestionnaire qui est confronté à une réduction hebdomadaire du temps de travail, de raccourcir ces périodes : avec les dossiers de soins ou la planification murale, les agents disposent en effet d'instruments leur permettant de hiérarchiser et d'actualiser les informations relatives aux patients.

Lors du passage des 37 h aux 35 h de nuit, c'est cette solution qui a été retenue : les temps de recouvrement entre équipes ont été réduits en fonction des caractéristiques de chaque service. Le tableau suivant exprime les ajustements qui ont été réalisés au sein de chaque service de médecine :

Temps de chevauchement initial
- Réduction opérée par changements d'horaire
= Temps de chevauchement actuel

Modifications des temps de chevauchement lors du passage aux 35 heures de nuit

N.B. : les données sont exprimées en minutes et en heures.		Matin			Midi			Soir		
		Lundi au vendredi	Samedi	Dim.	Lundi au vendredi	Samedi	Dim.	Lundi au vendredi	Samedi	Dim.
Cardiologie	IDE	45 - 30 = 15	45 - 30 = 15	45 - 30 = 15	1h45 - 0 = 1h45	1h45 - 15 = 1h30	1h45 - 0 = 1h45	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
	AS	45 - 30 = 15*	45 - 30 = 15	45 - 30 = 15**	1h45 - 0 = 1h45	1h45 - 0 = 1h45	1h45 - 0 = 1h45	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
Réa-cardiaque	IDE	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30*	1h45 - 15 = 1h30	1h45 - 15 = 1h30	1h45 - 15 = 1h30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
	AS	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30*	1h45 - 15 = 1h30	1h45 - 15 = 1h30	1h45 - 15 = 1h30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
Méd.2A	IDE									
	AS	30 - 0 = 30**	30 - 0 = 30**	30 - 0 = 30**	2h - 15 = 1h45	2h - 15 = 1h45	** = 1h45	30 - 15 = 15	30 - 15 = 15	30 - 15 = 15
Méd.2B	IDE	30 - 15 = 15	30 - 0 = 30**	30 - 0 = 30**	2h - 0 = 2h***	2h - 30 = 1h30	2h - 30 = 1h30	30 - 15 = 15	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
	AS	15 - 0 = 15*	15 - 0 = 15	15 - 0 = 15	2h15 - 30 = 1h45***	2h15 - 30 = 1h45**	2h15 - 30 = 1h45**	30 - 0 = 30**	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
Pédiatrie	IDE	30 - 15 = 15***	30 - 15 = 15	30 - 15 = 15	1h15 - 0 = 1h15*	1h15 - 0 = 1h15	1h15 - 0 = 1h15	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30
	AS	30 - 15 = 15***	30 - 15 = 15*	30 - 15 = 15	1h45 - 0 = 1h45*	1h45 - 0 = 1h45	1h45 - 0 = 1h45	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30	45 - 15 = 30
Néphrologie	IDE	15 +15 =30**	15 +15 =30**	15 +15 =30**	2h30 - 1h = 1h30	2h - 1h = 1h	2h - 1h = 1h	15 +15 =30	15 +15 =30	15 +15 =30
	AS	15 +15 =30**	15 +15 =30**	15 +15 =30**	2h30 - 1h = 1h30*	**	**	15 +15 =30	15 - 15 = 0	15 - 15 = 0
Méd. 7	IDE	30 - 0 =30*	30 - 0 =30**	30 - 0 =30**	2h - 30 = 1h30	2h - 30 = 1h30	2h - 30 = 1h30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30	30 - 0 = 30
	AS	15 - 0 =15***	15 - 0 =15**	15 - 0 =15**	2h15 - 15 = 2h	**	**	30 - 15 = 15	0 +15 = 15	0 +30 = 30
Méd. 8A	IDE	45 - 15 =30	45 - 15 =30	45 - 15 =30	2h - 0 = 2h	2h - 15 = 1h45	2h - 15 = 1h45	15 - 0 = 15	15 - 0 = 15	15 - 0 = 15
	AS	45 - 15 =30**	15 - 15 = 0**	15 - 15 = 0**	2h - 0 = 2h	**	**	15 - 15 = 0	0 - 0 = 0	0 - 0 = 0
Méd. 8B	IDE	15 +15 =30	45 - 15 =30*	45 - 15 =30*	2h - 0 = 2h***	2h - 15 = 1h45	2h - 15 = 1h45	15 - 0 = 15	15 - 15 = 0	15 - 15 = 0
	AS	15 - 0 =15***	45 - 15 =30*	45 - 15 =30*	2h30 - 15 = 2h15**	2h30 - 15 = 2h15**	2h30 - 15 = 2h15**	15 - 15 = 0	15 - 15 = 0	15 - 15 = 0
MOYENNE	IDE	32 -7.5 =24.5	35 -9.5 =25.5	35 -9.5 =25.5	1h55 -17 =1h38	1h56 -23 =1h33	1h50 -21 =1h29	26 -2 =24	26 -2 =24	26 -2 =24
	AS	28.5 -7 =21.5	28.5 -8.5 =20	28.5 -8.5 =20	2h05 -17 =1h48	2h -13 =1h47	2h -12 =1h48	26 -7 =19	22 -5 =17	22 -3 =19

* pratique d'un horaire mixte (8h-16h30) ** pratique d'horaires de coupe (ex : 7h-12h30 / 17h30-20h)
 *** pratique d'étalement des arrivées et des départs (ex : 1 agent à 6h45, 1 autre à 7h, 1 autre à 7h30)

- Le passage aux 35 heures de nuit a occasionné une réduction des intervalles communs aussi bien le matin, le midi que le soir. En semaine, on est passé d'une moyenne quotidienne de 2h53 à 2h26 de chevauchement chez les IDE, et de 3h à 2h28 chez les AS. Une demi-heure a donc été gagnée, avec une amélioration de l'équilibre entre les catégories professionnelles.

- L'intervalle commun du midi reste de loin le plus important (1h38 pour les IDE et 1h48 pour les AS en semaine) : c'est pendant cette période que le maximum d'agents de l'équipe est présent, et que les informations utiles à la prise en charge des patients et à l'organisation des services sont discutées. En outre, c'est sur ce chevauchement que se déroulent les formations courtes (hygiène, sécurité transfusionnelle, sécurité incendie...) et que se prend le temps de repas du personnel (1/2 heure). Ce créneau permet la réalisation d'actions d'intérêt personnel et collectif, les 10 minutes supplémentaires dont bénéficient les AS s'expliquant par la distribution des repas aux malades.

- La durée moyenne des chevauchements ne doit pas masquer l'organisation générale des services. Il arrive souvent qu'un intervalle commun ne concerne que 2 agents, quand les 10 autres vont fonctionner sur une base d'horaire mixte, d'horaire de coupe, ou d'horaire décalé. Ces trois pratiques sont d'ailleurs parfois concomitantes (ex : AS en médecine 2B) et relativisent fortement l'importance des chevauchements classiques. La multitude d'étoiles exprime un effort réel d'aménagement du temps de travail, au-delà de la diminution générale des créneaux communs.

Il est sans doute possible de réduire encore certaines périodes de chevauchement : plusieurs services fonctionnent déjà avec 15 minutes le matin et 15 minutes le soir sans être confrontés à des difficultés insurmontables. Les négociations en la matière devront alors s'effectuer au cas par cas, en prenant en compte les spécificités de chaque service. Plus précisément, le développement des horaires décalés – déjà largement mise en place - apparaît comme un bon compromis entre les besoins de continuité et les gains de temps potentiels. Il ne s'agit pas en effet de réduire pour réduire : la diminution du temps de chevauchements est en partie liée à la qualité et à l'efficacité des transmissions.

B – L'efficacité des transmissions générales.

Souvent qualifiées de « parloles » par leurs détracteurs, les transmissions générales représentent le temps réservé à l'échange d'informations nécessaires pour :

- Assurer la continuité des soins ;
- Résoudre les problèmes organisationnels concernant le patient et le personnel ;
- Régler le fonctionnement du service.

Elles se déroulent souvent pendant le chevauchement de midi, mais elles peuvent également s'effectuer le matin, comme réunion de mise au point et de définition du programme de la journée. Plus la période de transmission est longue, plus le temps consacré aux soins et à la relation avec le malade est réduit. Le projet mis en place au Centre Hospitalier de Saint-Malo repose donc sur l'apprentissage par le personnel de la méthode dite des « transmissions ciblées ». Créé par Suzanne VAMPE, infirmière américaine, cet outil

contribue à recueillir l'information de manière fiable afin de planifier les actions de soins de la journée. Il s'articule autour des quatre points suivants :

<i>Cibles</i>	<i>Données</i>	<i>Actions</i>	<i>Résultats</i>
- Un problème	- Ce que j'observe	- Ce qui a été fait	- Résultats des soins
- Un changement	- Ce que la personne explique	- Ce qui reste à faire	- Réactions du patient
- Une réaction aux soins			
- Un diagnostic infirmier	- Résultats chiffrés		

L'absence d'évaluation interne interdit encore de porter un jugement sur cette entreprise : elle s'inscrit néanmoins dans une démarche d'optimisation du temps de travail, qui va de pair avec la généralisation des 35 heures.

C – Les possibilités de glissement de tâches.

L'organisation d'un service ne se modifie pas seulement avec un réajustement des amplitudes horaires des agents : la répartition des tâches à effectuer constitue également une source d'aménagement du temps de travail. Dans la perspective des 35 heures, deux types de glissement peuvent être envisagés.

- En s'appuyant tout d'abord sur la distinction classique entre soins directs et soins indirects, il s'avère que l'exécution de certains actes n'obéit pas forcément aux besoins ponctuels des patients. C'est le cas de la préparation des médicaments qui a lieu traditionnellement en fin de matinée, mais qui peut être déplacée sur la période nocturne selon l'opinion de plusieurs cadres infirmiers. Rappelons que la

crainte d'une majorité du personnel de jour est d'avoir à effectuer en 35 heures le travail aujourd'hui réalisé en 39 heures : cette appréhension est compréhensible et légitime. Le partage du temps implique également le partage du travail, et il revient aux cadres infirmiers d'analyser les possibilités d'une meilleure répartition des obligations au sein de leur service. Dans certaines unités, la préparation des boissons chaudes du matin est effectuée par l'équipe de nuit de façon à ce que les AS du matin puissent débiter immédiatement la distribution de petits déjeuners, moment de forte activité par excellence. Inversement, tout déplacement de tâche doit faire l'objet d'une concertation préalable : une répartition autoritaire est en effet susceptible de créer des blocages et de susciter des situations conflictuelles par manque d'écoute ou par erreur d'appréciation...

- L'articulation des rythmes de travail du médecin et du personnel soignant reste un enjeu de taille : on constate trop souvent un décalage entre les moments de visite et de prescriptions du praticien et les impératifs de soins infirmiers. La liberté horaire du médecin s'ajuste difficilement à l'organisation collective du service, et la RTT en cours risque de multiplier les incompréhensions. La coopération des médecins, par une redéfinition de leur temps de travail, est indispensable sauf à bloquer tout le processus et à provoquer une dégradation du service rendu aux malades. La répartition des charges de travail et les glissements éventuels de tâches reposent en effet sur le dialogue praticien/surveillant/personnel.

D – Le choix des fermetures.

La suppression de certaines activités représente la forme ultime des réorganisations possibles liées à la RTT. Avec toutes les conséquences sociales que cette solution présente, les fermetures s'inscrivent dans un processus de rationalisation de l'activité et d'économie budgétaire. Elles dépendent à la fois des compensations financières allouées par l'ARH et du réseau de soins existant au niveau local. Le Centre Hospitalier de Saint-Malo a été amené à supprimer de cette manière l'activité d'ophtalmologie, qui est désormais exercée par les praticiens libéraux du secteur. Il va sans dire qu'une réorganisation cet ordre provoquerait des réactions de protestation au sein du personnel et aviverait la méfiance déjà généralisée autour du projet des 35 heures. Cela dit, un essai de scénario sur le service de Moyen Séjour laisse espérer d'autres pistes de résolution.

Quatrième partie :
essai de scénario pour un passage aux 35 heures.

Saint-Malo n'est pas Hollywood, mais les propositions de scénarios conviennent rarement aux acteurs : il est difficile d'établir un schéma de résolution sans avoir la maîtrise de la totalité des tenants et des aboutissants. Non seulement la loi n'est pas encore votée, mais certains facteurs échappent à toute anticipation : le contenu des négociations sociales à venir, l'échelle des coûts de la mesure ou encore les stratégies individuelles des agents.

La logique de « prévention des risques » dans laquelle s'inscrit ce mémoire bute sur ce type de variables qui décidera pourtant du sort final réservé aux 35 heures au Centre Hospitalier de Saint-Malo. Il aurait été pourtant dommage de ne pas mener le raisonnement jusqu'au bout, en occultant la mise en place pratique de cette réduction. L'étude du cas du service de Moyen Séjour constitue donc une hypothèse de travail (A), qui pose le problème de la généralisation à l'ensemble de l'hôpital (B).

A – LE CAS DU SERVICE DE MOYEN SEJOUR.

Deux raisons essentielles ont dicté le choix de ce service : la présence d'un cadre particulièrement engagé dans une réflexion sur le temps de travail à l'hôpital, et la stabilité d'une activité à l'abri de variations trop brusques. D'une part Monsieur Jean-Paul

HERRY avait déjà participé à la mise en place des 35 heures de nuit ; d'autre part le service de Moyen-Séjour comme unité de soin-type constitue un point de départ intéressant.

1 – La logique de fonctionnement du service.

Situé au 1^{er} étage du bâtiment B de l'établissement, le service de Moyen Séjour comprend 39 lits et jouxte l'unité d'ORL. La nature de l'activité pratiquée implique un certain type d'organisation qui n'est pas sans conséquence sur l'emploi de temps du personnel.

A – La nature de l'activité.

↳ Le service s'est positionné délibérément sur un créneau gérontologique : alors que les unités traditionnelles de Moyen-Séjour se consacrent généralement à une activité de rééducation vécue comme plus valorisante, le travail effectué par l'équipe s'organise autour du triptyque évaluation/autonomisation/orientation. Un réel effort en amont et en aval est accompli quotidiennement.

Concernant les entrées tout d'abord, les patients viennent pour 50 % d'un service d'hospitalisation et pour 50 % de ce qu'on appelle la « filière directe » (Domicile→Urgences→Service-Porte→Moyen Séjour). Cette situation est peu courante car généralement, la totalité des malades est issue des unités d'hospitalisation. La filière directe permet ici une coopération étroite avec la Médecine de Ville.

S'agissant des sorties ensuite, l'enjeu est de trouver une structure adéquate aux degrés de dépendance de la personne. Depuis quatre ans, une tentative de diversification des institutions d'accueil a été entreprise avec succès. Au total, 50 % des patients retournent à domicile quand 50 % sont hébergés en Foyer-Logement, en Maison de Retraite, ou en Long Séjour.

↳ Le taux d'occupation du Moyen Séjour est particulièrement élevé : depuis le début de l'année, il a été calculé à 99,8 %. Les variations d'activité n'existent donc quasiment pas et on constate au contraire un embouteillage à l'entrée du service, puisqu'une vingtaine de patients composent régulièrement la liste d'attente. Le nombre d'admissions est par ailleurs inférieur au nombre des consultations gériatriques dans l'établissement, ce qui est la marque d'un potentiel d'activité supérieur.

B – L'organisation du travail.

↳ Le trio Aides-Soignantes / Infirmières / Médecins fonctionne sur un rythme bien particulier. Ainsi, les praticiens interviennent de manière individuelle, sans que le reste de l'équipe soit forcément collé à leur emploi du temps. Surtout, l'âge et la lourdeur des patients consacrent les toilettes et les repas comme les moments-clés de la vie du service : le travail des aides soignants est par conséquent fondamental et chronophage, au point que les infirmières sont régulièrement amenées à aider leurs collègues sur ces tâches.

↳ A 8 heures le matin ont lieu les transmissions générales : elles réunissent tout le service. A 8 h 30 cependant, les AS de coupe quittent les transmissions pour commencer les toilettes. La première partie de cette « réunion » est consacrée aux entrées de la veille : l'aspect « social » de la personne est largement pris en compte. En tout, 1/3 des malades fait l'objet d'une analyse. Les transmissions donnent lieu à une observation commune des patients, à un échange de vues sur le comportement, l'état mental, psychique ou physique : l'avis des AS importe autant que celui des IDE, et ce à juste titre puisqu'elles sont en contact fréquent avec les usagers. Ce moment semble essentiel à la vie du service et de la personne soignée : les décisions sont collégiales et décident de l'orientation des malades.

↳ Le déroulement de la journée de travail est strictement déterminé en fonction des tâches à effectuer. Une réflexion poussée sur l'organisation du travail a déjà été menée et l'exemple des toilettes en est la preuve. Ainsi les binômes d'aides-soignantes ne sont pas constitués selon les envies de chacun : c'est le cadre qui les compose lui-même avec la volonté d'assurer le turn-over des équipes. L'enjeu est de faire travailler tout le monde avec tout le monde, afin de créer une dynamique d'équipe, et de mettre le malade au cœur des soins et de la communication. De même, la répartition géographique des malades n'est pas laissée au hasard : le service a été divisé en trois secteurs qui accueillent les patients en fonction de leur pathologie. Le Vert (déments, loin de la sortie), le Bleu (AVC, proche de l'office) et le Noir (les plus valides mentalement) permettent un roulement des binômes et une rationalisation de l'activité.

↳ Une des spécificités de ce service est l'absence d'IDE pendant la nuit. En réalité, l'ORL et le Moyen Séjour ont regroupé leur activité de nuit, sur la base d'une IDE et de deux AS en moyenne. L'ORL met à disposition de l'équipe de nuit deux IDE et une AS, tandis que le Moyen Séjour fournit trois AS pour ce fonctionnement commun.

C – Les caractéristiques de l'emploi du temps du personnel.

↳ Le planning est généralement bâti sur 4 semaines, avec une proratisation des jours de congé et des jours fériés en fonction de la quotité de temps de travail. Compte tenu des effectifs et de l'organisation, les IDE travaillent en moyenne 1 week-end sur 5, contre 1 week-end sur 2 pour les AS/ASH, lesquelles sont soumises également au système des coupes. Mais surtout, il existe une différence fondamentale dans la construction du planning entre IDE

et AS/ASH, au sens où les premières bénéficient d'une autonomie totale dans le choix de leur roulement alors que les secondes se voient imposées leur rythme de travail. Cette situation trouve son explication dans l'historique du service et constitue pour les IDE une sorte de droit acquis, dont elles sont les seules à bénéficier au sein de l'établissement tout entier. La question est de savoir si ce « privilège » constitue l'unique explication des tendances de l'absentéisme du service. En effet, le taux d'absence des IDE est quasiment nul au regard de la proportion d'arrêts maladies des AS/ASH. En réalité, de nombreux facteurs institutionnels permettent d'interpréter l'absentéisme des AS/ASH : une charge de travail très lourde, une moyenne d'âge plutôt élevée, une obligation de remplacement des absences de nuit... Faut-il voir dans le présentéisme des IDE la conséquence de la possibilité de choix qui leur est offerte en matière de gestion de leur temps de travail ?

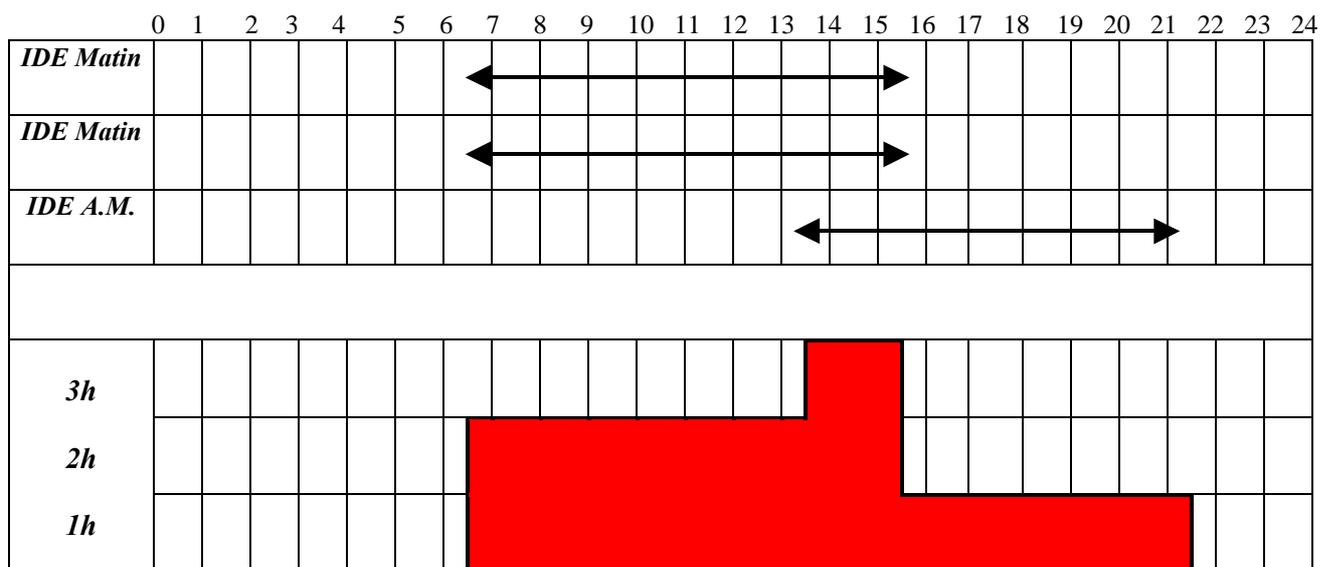
↳ Le planning est d'autant plus complexe à construire que 14 des 24 agents du service se trouvent à temps partiel, soit un taux de 58,3 %. La répartition des effectifs et des quotités est la suivante :

<i>1 cadre infirmier</i>	<i>6 IDE</i>	<i>7 AS</i>	<i>7 ASH</i>	<i>4 AS de nuit</i>
<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
	<i>80%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>75%</i>
	<i>80%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>65%</i>
	<i>80%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>50%</i>
	<i>80%</i>	<i>75%</i>	<i>80%</i>	
	<i>80%</i>	<i>75%</i>	<i>80%</i>	
		<i>75%</i>	<i>75%</i>	
<i>1 ETP</i>	<i>5 ETP</i>	<i>6,25 ETP</i>	<i>6,35 ETP</i>	<i>2,90 ETP</i>

↳ L'organisation horaire du service repose sur la notion d'effectif minimum : dans la mesure où les agents ne sont jamais présents tous en même temps, le roulement

institué se doit de respecter un rythme qui assure en semaine une présence minimum journalière de 24 heures de travail infirmier sur la tranche 6h45 – 21h15, et de 56 heures de travail AS/ASH sur la tranche 7h - 21h. Le week-end, ces volumes horaires sont ramenés à 12 h/jour pour les IDE et à 48h/ jour pour les AS/ASH. En fonction des effectifs disponibles, le cadre infirmier renforce la présence des agents sur la semaine par l'ajout de personnel supplémentaire. Voici les schémas d'organisation minimum propres au service du Moyen Séjour :

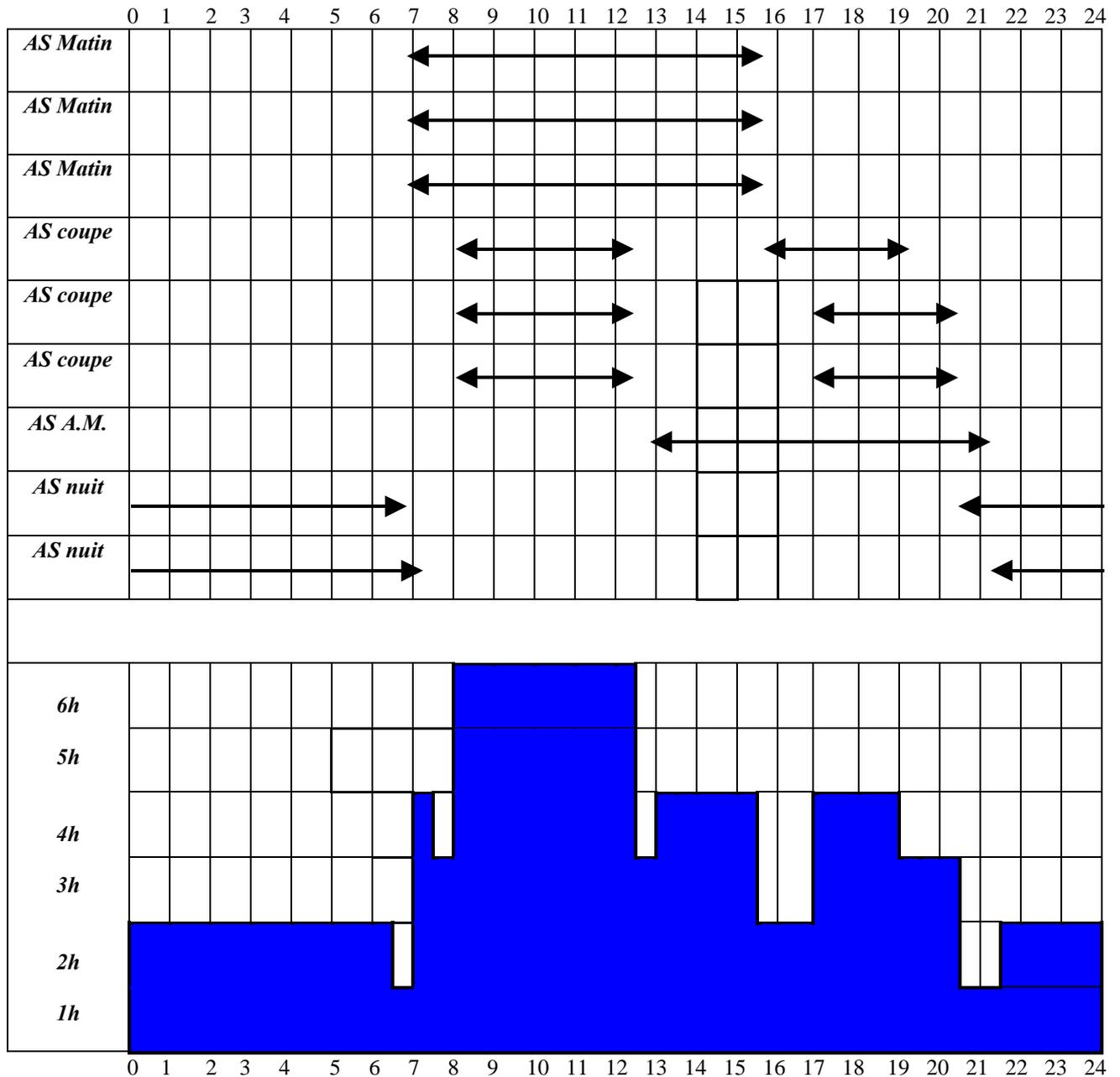
Planning minimum des IDE en semaine et diagramme de présence



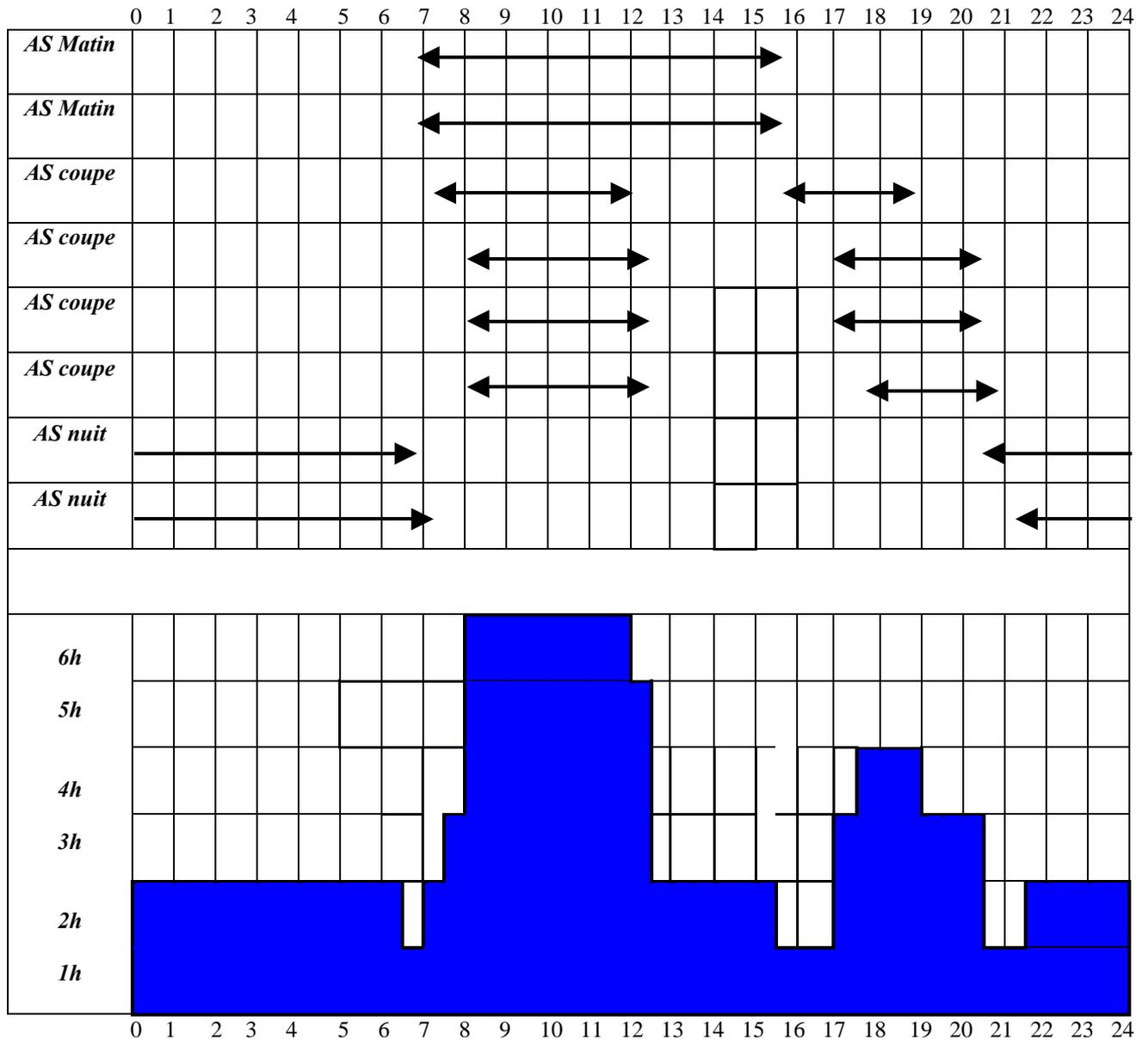
Planning des IDE les week-ends et jours fériés et diagramme de présence

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<i>IDE</i>								←												→					
<i>1h</i>																									

Planning minimum des AS en semaine et diagramme de soins



Planning des AS les week-ends et jours fériés et diagramme de présence



C'est à partir de ces modèles de fonctionnement que l'on peut construire une hypothèse de passage aux 35 heures, en tentant d'imaginer une réorganisation profitable à la fois au patient, à l'agent et à l'emploi.

2 – Les arbitrages possibles.

Le modèle de résolution présenté ci-dessous nécessite des explications et une série de conclusions.

A – Le système proposé.

❶ *Pour les IDE*

● Les 5 ETP sont actuellement redevables de $5 \times 1700\text{h}24 \text{ min} = 8502 \text{ h}$ / an au service de Moyen-Séjour.

Le service fonctionne en ce moment sur une obligation minimale de 24 h/jour en semaine et de 12h/jour le week-end et les jours fériés. Sur l'année, cela équivaut à :

- $247 \text{ jours} \times 24 \text{ h} = 5928 \text{ h}$;

- $118 \text{ jours} \times 12 \text{ h} = 1416\text{h}$ (104 samedis et dimanches + 14 jours fériés).

Soit **7344 h** de service minimum.

Il reste donc $8502 \text{ h} - 7344\text{h} = 1158 \text{ h}$ à répartir sur l'année en plus de ce service minimum. Pour les IDE, ces 1158 h sont généralement redistribuées selon leurs vœux sur le lundi, le mardi et le jeudi. Une semaine dite optimale se compose donc comme suit :

<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>
<i>32h</i>	<i>32h</i>	<i>24h</i>	<i>32h</i>	<i>24h</i>

● Projétons nous maintenant dans une situation où les 35 heures sont généralisées. Nous disposons toujours de 5 ETP, soit $5 \times 1526 \text{ h}^{43} = 7630 \text{ h}$ / an pour faire fonctionner le service. Cela fait une différence de -872 h (-10.25%) par rapport au système des 39 h/semaine.

Plusieurs hypothèses se font alors jour :

- Aucune création d'emploi n'a lieu et il faut donc gagner 872 h de productivité.
- Les 872 h sont intégralement compensées par du personnel supplémentaire : le choix est alors laissé de réorganiser ou pas.
- Des créations d'emploi ont bien lieu mais elles ne compensent pas complètement le différentiel de 872 h.

Le choix a été fait de mettre l'accent sur cette dernière possibilité, et de s'inspirer ainsi du mécanisme qui figure dans la loi du 13 juin 1998. Celle-ci précise en effet que les aides de l'Etat sont allouées lorsqu'une RTT de 10% est assortie d'une augmentation de 6 % des effectifs concernés. Autrement dit :

- $6\% \text{ de } 5 \text{ ETP} = 6\% \times 8502 \text{ h} = 510 \text{ h}$, soit le temps de compensation envisagée.
- Le temps dont le service va disposer en IDE est donc de $7630 \text{ h} + 510 \text{ h} = \mathbf{8140h}$.

En fonctionnant sur une base totale de 8140 h le service est donc contraint de gagner $8502 \text{ h} - 8140 \text{ h} = \mathbf{362 \text{ h}}$ de gains de productivité.

Ainsi, le nombre d'heures à répartir n'est plus de 1158 mais de $8140 \text{ h} - 7344 \text{ h} = \mathbf{796h}$, soit le temps potentiel d'IDE – le service minimum.

Pour résumer, le service fonctionne désormais avec 362h en moins, c'est-à-dire sur un potentiel d'heures de 8140h, un service minimum de 7344h et une manne à répartir de 796h.

⁴³ Il s'agit non pas de la durée légale qui est une durée moyenne, mais de la durée travaillée en 1999 afin de

● Maintenant que nous avons ces données en mains, comment procéder ? Quel type de réorganisation apporter pour que ces 8140 h soient aménagées sans défavoriser le patient ?

1) On peut tout d'abord modifier l'horaire des deux IDE du matin, en supprimant la période de travail la moins dense. Au lieu d'effectuer 6h45-15h15, les IDE pourraient travailler de 6h45 à 14h15, soit 7h/jour et non plus 8h/jour.

Le service minimum s'en trouve modifié : il n'est plus de 7344 h mais de 6850 h/an. En effet, 1 h de moins par jour x 2 IDE x 248 jours de semaine = 494 h en moins.

Inversement, le nombre d'heures à répartir augmente. Il reste 1290 h à répartir au lieu des 796 h précédentes car, si le service minimum a diminué, le nombre d'heures total dont dispose le service est toujours de 8140 h. ($8140 \text{ h} - 6850 \text{ h} = 1290 \text{ h}$.)

Dans le même temps, on ne touche pas à l'horaire d'après-midi (13h15-21h15) de manière à ce qu'une journée soit récupérable par l'agent au bout de 7 jours travaillés sur ce créneau.

2) Il est ensuite possible de mieux répartir le travail sur la semaine, en renforçant la présence infirmière sur le week-end et les jours fériés. N'oublions pas en effet que l'activité du Moyen Séjour est lisse et élevée.

Au lieu des 12h habituelles, on peut proposer une double présence de $2 \times 8 \text{ h} = 16 \text{ h}$.

Le service minimum (6850 h) est alors augmenté de 4h supplémentaires x 118 jours = 472 h, ce qui représente une soustraction de 472 h/an sur les 1290 h à répartir . Autrement dit, il reste une somme de 812 h à répartir en plus du service minimum de 6850h.

coller au plus près à l'activité réelle. $1526 \text{ h} = 7 \text{ h} \times 218 \text{ j}$ de travail sur l'année.

3) Ces 812 h représentent 116 journées de 7 h : elles constituent autant de rajouts au service minimum, qui peuvent intervenir sur l'horaire 9h – 16h30 lorsque les besoins s'en font ressentir, en particulier si la présence de nombreux patients très lourds (cf. Grille AGGIR) l'exige.

② *Pour les AS/ASH*

- La même logique est à l'œuvre.

Ainsi, les 12,6 ETP représentent actuellement 21 420 h/an de travail potentiel. Le service minimum étant de 56 h/jour de semaine et de 48 h/jour de week-end, cela équivaut à 19 496 h de service minimum sur l'année. Le nombre d'heures qui reste à répartir est donc de 1924 h, ce qui est proportionnellement beaucoup moins important que pour les infirmières : les marges de manœuvre sont plus réduites et s'expriment à travers un horaire du matin et/ou un horaire du soir supplémentaire lorsque les effectifs sont suffisants.

- Dans le cadre des 35 heures, les 12.6 ETP équivalent à 19 227 h, soit un différentiel de – 2194 h (-10.25%) par rapport aux 39 h /semaine sur la base des 6% précités, 1285 h d'AS/ASH pourraient être compensées (6% de 21 420 h), ce qui porterait les gains de productivité nécessaires à 909 h.

Autrement dit, le nombre d'heures de travail potentiel des AS/ASH s'élève à $19\,227\text{ h} + 1285\text{ h} = \mathbf{20\,512\text{ h}}$, c'est à dire qu'il reste 1016 h à répartir au regard du service minimum à effectuer.

● Quelles nouvelles réorganisations apporter pour inscrire les 35 heures dans le fonctionnement quotidien du service ?

1) En premier lieu, on peut transposer la manœuvre effectuée sur les horaires des IDE du matin en supprimant la tranche 14h30-15h30, qui est la moins exposée aux charges lourdes : on passe ainsi d'une tranche de 7h – 15 h30 à 7h – 14h30 pour les 3 AS/ASH du matin.

Le service minimum est dès lors ramené à 18 755 h au lieu des 19 496 h initiales.

2) En second lieu, l'intérêt serait de supprimer une coupe : il s'agit de transformer la coupe de 8h-12h30/17h-20h30 en un horaire du matin, calqué sur la journée de 7 heures des AS/ASH qui prennent le relais de l'équipe de nuit.

Par contre, on n'intervient pas sur les 2 coupes restantes qui s'élèvent à 8 heures, et qui présentent l'avantage de donner une journée entière de récupération tous les 7 jours. Au total, le service minimum pointe à 18508 h/an et la bulle de répartition à 2004 h.

3) En troisième lieu, ces 2004 h équivalent à 286 journées de 7 h, qui assurent donc de manière systématique la présence d'une AS/ASH supplémentaire sur tous les jours de semaine de l'année. Il revient alors au cadre d'en définir l'horaire et de réfléchir à l'utilisation des 286 jours – 247 jours = 39 jours restants.

4) Enfin, le week-end ne fait l'objet d'aucune modification, et ce pour trois raisons :

- Le volume horaire journalier doit rester de 46 h pour ne pas rompre la continuité du service rendu.
- Les coupes sont préservées car elles sont mieux acceptées le samedi et le dimanche par le personnel, dans la mesure où elles laissent l'après-midi de libre.
- Le maintien des journées de 8h constituent une prime au week-end en offrant la possibilité de récupération sous forme de journées complètes.

③ *Pour le cadre.*

Se situant sur un rythme de repos fixes, le temps de travail d'un cadre à Saint-Malo n'est pas de 1700 h/an mais de 1731 h/an. Le passage aux 35 heures va donc lui faire gagner $1731 - 1526 = 205$ h de travail en moins par an, soit environ 29 jours de congés supplémentaires.

Il paraît difficile dans le cas présent d'adopter la règle des 6% de compensation et ces 29 jours devront s'accorder avec le fonctionnement du service. En période habituelle de congés, le cadre répartit la charge de travail comme suit :

- Les placements sont confiés à l'assistante sociale ;
- Les arrêts de travail relèvent de la surveillante chef ;
- La bonne marche du service est placée sous l'autorité du médecin.

Ce partage du travail est intimement lié au partage du temps : la diffusion des responsabilités et les délégations de pouvoir constituent également une donnée de la RTT.

B – Les explications

❶ Pourquoi supprimer les tranches 14h15-15h15 et 14h30-15h30 chez les IDE et les AS/ASH du matin ?

Dans le cadre d'une réduction de la durée hebdomadaire de travail qui n'est pas compensée intégralement, il faut trouver des marges de productivité. Il est apparu que ces périodes horaires représentent le moment où la tension au travail diminue, où les tâches deviennent moins impératives et plus diversifiées. Ces tâches ne sont pas pour autant secondaires : il s'agit de faire marcher un malade, d'accueillir les familles... Mais elles constituent l'unique période de la journée pendant laquelle le rythme de soins n'est pas imposé.

Dans le même temps, le créneau de chevauchement qui s'élevait respectivement à 2h et à 2h30 pour les IDE et les AS/ASH est ramené à 1h et à 1h30. Rappelons également que ces intervalles ne sont que de ¼ d'heures le matin et le soir.

❷ Pourquoi renforcer la présence des IDE sur le week-end ?

C'est la mesure la plus délicate socialement, mais le type d'activité propre au service incite à mieux répartir la présence infirmière sur l'ensemble de la semaine. On se

souvent en effet que dans une situation d'effectif optimale, le volume d'heures travaillées est inégal selon les jours :

<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
32 h	32 h	24 h	32 h	24 h	12 h	12 h

Or, l'activité est parfaitement stable et continue, ce qui signifie qu'il existe un décalage entre les soins nécessaires et les soins offerts, en particulier le week-end. La proposition qui est exprimée tend à aplanir ces disparités, en essayant de redistribuer de manière plus linéaire les heures infirmières :

<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
22 h	22 h	22 h	22 h	22 h	16 h	16 h

Ce tableau n'intègre pas les 812 h qu'il reste à redistribuer, et qui pourraient se décomposer en 116 journées de 7 h, lesquelles viendraient s'ajouter lorsque de trop nombreux patients du groupe 1 ou 2 de la grille AGGIR seraient présents.

❸ *Pourquoi ne pas choisir le système de la semaine de 4 jours à 9 h/jour ?*

Cette solution aurait le mérite de recueillir l'unanimité, et le calcul est rapide et alléchant : $4 \text{ j} \times 9 \text{ h} = 36 \text{ h}$.

Un autre calcul vient tempérer cet enthousiasme, puisque 3 IDE par jour à 9 h représentent un volume horaire quotidien de 27 h. Sur les 247 jours de semaine de l'année, 6669 h sont d'ores et déjà utilisées. En rajoutant les $118 \text{ j} \times 12 \text{ h} = 1416 \text{ h}$ des samedis, dimanches et jours fériés, alors 8085 h sont consommées sur le total de 8140 h (qui intègre les

6%). Autrement dit, on ne change rien à l'organisation et on ne dispose plus d'aucune marge de manœuvre : le week-end reste à 12 h globales, les temps de chevauchements augmentent et les repos sont imposés. L'organisation du service devient alors complètement figée, sans convenir forcément aux attentes des patients.

④ *Pourquoi supprimer la coupe de 8h – 12h30 / 17h – 20h30 des AS/ASH et la transformer en horaire du matin 7h - 14h30 ?*

L'existence de trois coupes chaque journée de la semaine est une lourde contrainte pour le personnel AS/ASH. Ce type d'horaire permet en réalité de couvrir les moments de forte activité que constituent la matinée et la soirée du patient. En transformant cette coupe en horaire du matin, cela permet de renforcer l'équipe du petit déjeuner qui peine à servir 40 patients en une heure. Cela permet également de préserver un nombre pair d'AS/ASH afin de constituer les binômes pour les toilettes. Enfin, les 2004 heures qu'il reste à répartir peuvent faire l'objet d'un horaire du soir (13h – 21h) supplémentaire et compenser l'ancienne coupe sur cette tranche de fin de journée.

C – La morale de l'histoire

En reprenant une à une les finalités du triptyque des 35 heures (patient, personnel, emploi), il est possible d'établir un bilan des atouts et des difficultés d'un tel système.

❶ « *Les 35 heures sont l'occasion d'une réorganisation des services au profit du patient* ».

Avantages :

- Meilleure répartition de la présence infirmière sur l'ensemble de la semaine, en particulier le week-end ;
- Adéquation entre la lourdeur des patients et les possibilités d'augmentation du volume d'heures infirmier sur une journée ;
- Présence systématique de 8 AS/ASH par jour, contre 7 minimum aujourd'hui ;
- Plus grande disponibilité mentale du personnel en raison de journées plus courtes ou de temps de récupération plus longs.

Inconvénients :

- Réduction des temps sociaux au profit des temps productifs : la suppression de la tranche 14h15 – 15h15 en est la cause.
- Des temps de chevauchements calculés au plus juste qui peuvent parasiter les conditions d'une bonne transmission de l'information.

② « *Les 35 heures ont une vocation familiale et doivent profiter au personnel* ».

Avantages :

- Réduction de la journée de travail pour les horaires du matin qui ont la faculté de quitter le travail dès 14h15 ou 14h30 ;
- Augmentation des jours de récupération pour les agents de l'après-midi et des week-ends (une journée tous les 7 jours x 8h, ce qui permet de briser le rythme épuisant des 7 jours de travail consécutifs) ;
- Suppression de la coupe 8h – 12h30 / 17h – 20h30 pour les AS/ASH ;

- Grande liberté de négociation et d'utilisation des volumes d'heures qui restent à répartir ;
- Partage accru des responsabilités en raison de la RTT du cadre ;
- Augmentation de la rémunération horaire en cas de maintien des salaires.

Inconvénients :

- Augmentation du rythme des week-ends travaillés pour les IDE qui était jusqu'alors de 1 week-end sur 5 ;
- Intensification de la densité du travail susceptible de provoquer davantage d'arrêts maladies ?

③ « La mise en place des 35 heures doit contribuer à créer de l'emploi ».

Avantages :

- 33% de poste créé chez les IDE (510h/an) et 84% chez les AS/ASH (1285h) : Au total 1,17 postes ;
- La répartition de ces 1,17 postes relève de la négociation de service, et permet la valorisation du débat interne sur le temps de travail ;
- Dans le cadre de la négociation, les organisations syndicales ne peuvent qu'être sensibles à ce type de démarche.

Inconnue :

- Quels sera le mode de financement de ces postes supplémentaires ?

B – COMMENT GENERALISER A L'ENSEMBLE DE L'HOPITAL ?

Le cas du service de Moyen Séjour peut servir d'exemple sans toutefois constituer un modèle : non seulement l'activité pratiquée et l'organisation appliquée ne sont pas généralisables à l'ensemble des services de soins, mais elles diffèrent sensiblement d'autres secteurs de production de l'hôpital. A vrai dire, la qualité de la généralisation des 35 heures sera fonction des moyens de financement dont pourra disposer le Centre Hospitalier de Saint-Malo.

1 – La diversité sans l'iniquité.

A – Une problématique spécifique à chaque service.

Les réorganisations qu'implique la diminution du temps de travail se fondent sur des logiques de fonctionnement propres à chaque service. L'antithèse du Moyen Séjour pourrait être un service de chirurgie quelconque, dont l'activité connaît davantage de fluctuations et réclame des modes d'adaptation différents. Le rôle respectif des IDE et des AS/ASH varie également en fonction des pathologies représentées. Ainsi, au-delà de la représentativité du comité de pilotage dont l'intérêt réside dans la multiplicité des sources d'information, la mise en place des 35 heures ne peut faire l'économie d'une négociation décentralisée. Les cadres assurent une responsabilité de premier ordre dans la définition des besoins et l'élaboration d'un projet de service. Dans le cas du Moyen Séjour, on a pu constater que l'utilisation des 812 heures qui restaient à répartir chez les IDE pouvait donner lieu à un débat interne et des propositions diverses. S'il peut sembler intéressant de calquer

l'utilisation de ces journées supplémentaires sur l'évolution du degré de dépendance des patients, rien n'interdit une gestion différente de ce matelas horaire.

Cette négociation décentralisée est d'autant plus nécessaire que des unités comme la blanchisserie ou la cuisine ne sont pas assimilables aux services de soins. Ainsi, la blanchisserie fonctionne sur un rythme de type administratif : exclusivement de jour et avec des repos fixes. Les solutions proposées précédemment ne conviennent guère, même si la méthode d'analyse doit rester la même.

Ces spécificités de fonctionnement génèrent des différences très concrètes dans la mise en place des 35 heures, et en particulier dans les formes de l'embauche supplémentaire. L'application du taux unitaire de 6 % a permis en effet dans le service de Moyen Séjour des créations de 0,33 postes d'IDE et de 0,84 postes d'AS/ASH. Si les 84% ne posent guère de difficultés, les 33% nécessitent une réflexion plus approfondie sur les modalités de transformation en emploi de cette quotité. Toutes les hypothèses sont envisageables : répartition en équivalents d'été, modulation et réaménagement des temps partiels, partage d'un plein temps entre 3 services, intégration dans le pool de remplacement... Surtout, la question de l'intangibilité de ces 33% se pose : un service ne peut-il pas demander à ce que cette quotité d'IDE soit transformée en quotité d'AS et vice-versa ? Autrement dit, le taux de 6% pourrait-il se scinder en 3% pour les IDE et 9% pour les AS en fonction des nécessités de service et des effectifs en jeu ? Cette souplesse organisationnelle constituerait alors un gage de rééquilibrage entre catégorie professionnelle et type d'activité.

B – A la frontière de la différence et de l'injustice.

Le souci d'offrir à chaque service un traitement différencié lui permettant d'adapter ses particularités à la future législation renvoie à la question de l'équité entre agents.

Il ne s'agit pas ici de l'équité face au temps de travail effectif, qui a déjà fait l'objet d'un long développement⁴⁴, mais de l'équité face à l'organisation du temps de travail effectif. La spécificité des services autorise-t-elle que la généralisation des 35 heures se fasse sur la base de semaines de 5j x 7h pour certains et de 4j x 9h pour d'autres ? Cette perspective n'aurait en tout cas pas le mérite de la nouveauté, puisque la disparité des situations au travail fait figure de règle au sein de l'hôpital. Les agents d'une même catégorie professionnelle n'ont pas forcément le même nombre de week-ends libres, et peuvent travailler sur des rythmes activité/repos réellement décalés. Jusqu'où les nécessités de services imposent-elles des traitements différenciés voire contradictoires ? La souplesse nécessaire à l'organisation flirte nécessairement avec le danger de l'injustice : sans avoir pour objectif premier de réduire ce type de différences existantes, la mise en place des 35 heures ne doit pas pour autant les accentuer. Ce type d'interrogation et de prospective reste bien entendu soumis aux exigences d'un financement incertain.

2 – Le financement, source d'espoir et d'inquiétude.

Les pistes de résolution proposées pour le service de Moyen Séjour tentent de concilier les besoins du patient, les attentes du personnel et les perspectives de création d'emplois. L'équilibre qui a pu être trouvé se fonde sur une hypothèse de 6% d'emploi

⁴⁴ Voir IIème partie.

supplémentaire. Dans quelle mesure le Centre Hospitalier de Saint-Malo peut-il espérer des financements à cette hauteur ? Aux incertitudes sur le montant de la compensation s'ajoutent celles relatives aux modalités d'affectation.

A - Incertitudes sur l'évolution de la Section d'Exploitation.

Que l'État exige de la fonction publique le même effort de création d'emploi que celui demandé aux entreprises, voilà qui pourrait sembler logique. À la différence près que le financement de ces créations repose exclusivement sur de l'argent public, et ne peut se fonder sur le gain de nouvelles parts de marché. Monsieur Gilbert CETTE, Conseiller Technique de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, distingue trois grands canaux possibles de financement :

- les gains de productivité ;
- les aides permanentes de l'État ;
- les économies en capital fixe, en équipement, et la modération salariale.

↳ Au niveau local, l'augmentation des produits de la Section d'Exploitation pour financer les 35 heures ne peut résulter que de l'abondement de la Dotation Globale. Si l'on se base sur une compensation intégrale des 121,60 postes nécessaires au maintien du total horaire actuel, la facture se monte à 24,32 millions de francs, en prenant comme référence de rémunération annuelle une moyenne de 200 000 francs.

Une hypothèse plus réaliste est celle des 6% du Moyen Séjour qui, élargie à l'ensemble du personnel de jour, nécessiterait la création de 73,95 postes, soit une dépense de 14,79 millions de francs. D'une certaine manière, les gains de productivité obtenus seraient de près de dix millions de francs. Bien évidemment, le doute est permis quant au financement

par l'assurance maladie d'une telle somme : il reste que ce budget d'environ 15 millions de francs constitue le seuil en dessous duquel la prestation offerte au patient risque de se déprécier. Une compensation de 0%, 1%, 2% ou 3% est en effet toujours possible, mais la qualité du service hospitalier s'en ressent inévitablement, d'autant plus que le Centre Hospitalier de Saint-Malo reste historiquement sous-doté en personnel.

↳ Il n'appartient pas à cette étude de préjuger des futures négociations relatives au mode de financement de la mesure, mais les accords passés au sein des entreprises semblent s'appuyer sur une modération salariale généralisée. Si la suppression des surrémunérations des temps partiels a déjà été évoquée⁴⁵, le ralentissement de la croissance salariale n'échappera sans doute pas aux termes du débat à venir. N'oublions pas qu'un maintien des rémunérations actuelles, qui fait d'ores et déjà figure de droit acquis pour les organisations syndicales, représente un gain salarial horaire de 10,25% au regard du temps nouvellement travaillé. En tout état de cause, le montant des moyens budgétaires alloués au Centre Hospitalier de Saint-Malo sera fonction des marges de manœuvre financières dégagées au plan national, et de leur mode d'affectation.

B - Incertitudes sur les critères de répartition.

En toute bonne logique, les différences constatées dans les temps de travail pratiqués devraient générer des différences dans le volume des aides attribuées. Le taux de 6% que nous avons appliqué au Centre Hospitalier de Saint-Malo paraît adapté pour un établissement dont le temps de travail effectif est proche des 39 heures. Le nombre de postes à compenser varie bien entendu avec la disparité des situations, et c'est dans cette perspective que la facture finale de la mesure ne se montera pas forcément à 6% des dépenses relatives au

personnel hospitalier. La diversité du paysage hospitalier en matière de temps de travail incite précisément à une étude approfondie des « pratiques temporelles » propres à chaque institution, que l'ARH Bretagne a déjà entamé. Après l'Indice Synthétique d'Activité, faut-il voir venir le temps de l'Indice Synthétique du Temps Travaillé ?

⁴⁵ Voir infra p 25.

CONCLUSION

Le projet des 35 heures se caractérise par les inquiétudes qu'il suscite autant que par les opportunités qu'il sous-tend. Dans le magma d'une législation incertaine et d'un équilibre précaire, le Centre Hospitalier de Saint-Malo cherche à se positionner au regard de l'évolution à venir. Aussi, la définition d'une méthodologie se fonde sur l'étude des ambiguïtés juridiques, des particularités de l'organisation interne, et des marges de manœuvre envisageables. Dans l'écheveau des enjeux propres à la réduction du temps de travail, la démarche en quatre points adoptée se veut logique, thématique, et pourquoi pas poétique :

1. Voir dans le temps de travail une ressource : surtout ne pas craindre les 35 heures.
2. Savoir régler l'horloge dans sa course : maîtriser le temps et ses humeurs.
3. Ne pas prendre les syndicats pour des ours : optimiser le travail en douceur.
4. Construire un système sans vider la bourse : c'est là qu'il faut réussir sans douleur.

Ces quatre temps doivent permettre d'appréhender les 35 heures dans toutes leurs dimensions, qu'elles soient juridiques, sociales ou organisationnelles. À ce titre, l'instauration des 35 heures a souvent été qualifiée de Boîte de Pandore, tant elle est susceptible de provoquer les difficultés les plus diverses et les plus terribles. Rappelons simplement que si tous les maux humains se sont effectivement échappés du coffret en or confié par Zeus à Pandore, la mythologie nous enseigne également que la première femme de l'humanité a eu le temps de renfermer le couvercle sur la chose la plus précieuse abritée dans le coffret : l'Espoir.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, RAPPORTS ET ENQUETES

BAILLY (Sylviane) : « La comptabilisation du temps de travail : difficultés, enjeux et perspectives – Etude réalisée au Centre Hospitalier de Poissy. », Mémoire EDH, ENSP, 1996 – 83 p.

CAZENAVE (Jean-Claude) : « La maîtrise du temps à l'hôpital – un préalable aux 35 heures », édition les Etudes Hospitalières, avril 1999 – 89 p.

COMMISSION SPECIALISEE PERSONNEL NON MEDICAL F.H.F. : « Enquête 35 heures », Fédération Hospitalière de France, juin 1998.

DUMOULIN (Xavier) : « L'aménagement du temps de travail au Centre Hospitalier de Mont de Marsan : origine et enjeux d'une démarche en cours. », Mémoire EDH, ENSP, 1996 – 87 p.

GROSJEAN (Philippe) – BOUTET (Marie-José) : « L'aménagement du temps de travail à l'hôpital – guide pratique et méthodologique. », en collaboration avec GABORIAU (Francine) et JOUVE (Alain), éditions E.S.F., collection Gérer la Santé, mars 1996, 116 p.

IGAS : « Rapport sur la réduction à 35 heures de la durée du travail dans les hôpitaux. », Décembre 1993.

MOREELS (Catherine) : « De l'aménagement du temps de travail à l'hôpital ou Taylor, Stakhanov, les autres...et nous ? Variations sur l'air du temps... », Mémoire IG, ENSP, 1994 – 84 p.

PAGLIANO (Bruno) : « Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ? Analyse de la situation au Centre Hospitalier de Saint-Malo. », Mémoire EDH, ENSP, 1998 – 93 p.

PARDOUX (Stéphane) : « 35 heures de nuit et aménagement du temps de travail : une seconde chance pour le CHI du Val d'Ariège ? Opportunité et méthodologie d'une démarche globale. », Mémoire EDH, ENSP, 1997 – 95 p.

PEPIN (Michel – sous la direction de) : « Agir sur...L'organisation du temps de travail. », éditions Liaisons et éditions ANACT, seconde édition, juin 1998 – 90 p.

PEPIN (Michel) : « L'aménagement du temps de travail : Comment réaliser un diagnostic en entreprise. », éditions de l'ANACT, collection Outils et Méthodes, février 1990 - 90 p.

ROCHE (Jacques), Rapport de la mission interministérielle sur le temps de travail de la Fonction Publique, Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, janvier 1999.

ARTICLES ET CONTRIBUTIONS

ASSOCIATION DES ELEVES ET ANCIENS ELEVES DE L'ENSP : « Enquête sur la gestion du temps de travail », *Revue Hospitalière de France*, mai-juin 1998.

BERAULT (Brigitte) – BOUFFORT (Daniel) - CRESPIEN (Jocelyne) – FERRARI (Bernadette) – GALLET (Anne-Marie) -GESSAT (Pierre) – GIBELIN (Jean-Luc) - LABORIT (Hervé) – MOREL (Françoise) - PLANCHET (Pascal) – RUFET (Jean-Louis) SIMON (Marie-Madeleine) -ASSOCIATION DES ELEVES ET ANCIENS ELEVES DE L'ENSP – SECRETARIAT A LA SANTE : « Evolution du temps de travail : comment harmoniser les pratiques et la réglementation ? Enquête et Analyse », *Revue Hospitalière de France*, n°5, septembre-octobre 1998, p.515-524

BREF SOCIAL : « La croix rouge adopte les 35 heures aidées », n°2919, *Liaisons Sociales*, vendredi 28 mai 1999, p.2.

BULLETIN OFFICIEL DU TRAVAIL DE L'EMLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE : « 35 heures, les textes applicables. », Numéro hors série 98/12 bis, 5 juillet 1998, 195 p.

CAHIERS HOSPITALIERS : « Comparaison de la réglementation en matière de durée du travail – Fonction Publique Hospitalière / Code du Travail. », *CH*, n°145, avril 1999. P.14-18.

COLLOQUE (Actes) – 71^{ème} congrès U.H.S.E., Grenoble, 18 juin 1998.

DH MAGAZINE : « Aménagement et réduction du temps de travail », dossier, n°65, juin-juillet 1999, p.13-21.

ENTREPRISE ET CARRIERES : « 35 heures ; comment les mettre en place. », Cahier spécial, 25 mai 1999 – 50 p.

F.H.F. : « Enquête sur la durée et l'organisation du temps de travail dans les hôpitaux et maisons de retraite publics », *Revue Hospitalière de France*, janvier-février 1999.

FORCIOLI (Philippe) – CLERY-MELIN (Ph.) – REYNAUD (Michel) : « Comptendu : Les 35 heures à l'hôpital, à la clinique », *L'hospitalisation privée*, n°343, septembre-octobre 1998, p.66-71.

GALLET (Anne-Marie) : « Engager une réflexion sur l'organisation du travail », *Travail et Changement*, ANACT, n°243, janvier-février 1999, p.21-21.

JACQUES (Colette) : « Aménagement et RTT ; impact sur les conditions de travail et la santé. », *Droit Social*, n°3, mars 1999, p.242-243.

JOHANET (Stanislas) : « Les 35 heures à l'hôpital : le jeu en vaut la chandelle », *Lettre des décideurs hospitaliers*, n°89, vendredi 29 janvier 1999, p.1.

LABBE (Christine) : « Fonction Publique Hospitalière : Disparités des temps de travail », *Espace Social Européen*, 27 février au mars 1998, p.9.

LABBE (Christine) : « Remous autour des 35 heures », *Espace Social Européen*, 16 au 22 avril 1999, p.21-22.

L'EXPRESS : « Enquête : les faux-semblants des 35 heures. », 10 juin 1999, p.124-130.

MERCIER (Daniel) : « Contribution à la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux publics. », *Objectifs soins*, n°62, mars 1998, p. 24-26.

MOSSE (Philippe) – ARROWSMITH (James) : « Les temps de travail dans les hôpitaux en France et au Royaume-Uni : des temporalités emboîtées. », *Travail et Emploi*, n°77, octobre-décembre 1998, p. 67-75.

QUILLET (Emmanuelle) – SAADA (Didier) : « Dans la perspective des 35 heures : Premier état des lieux », *Revue Hospitalière de France*, n°1, janvier-février 1999, p.6-17.

PEPIN (Michel) : *Informations Hospitalières*, Spécial n°15, octobre-novembre, 1987.

PILLET-MOREELS (Catherine) : *DH Magazine*, n°65, juin-juillet 1999 - p.13.

PRESSE (Christophe) : « La perspective de l'application des 35 heures dans la Fonction Publique Hospitalière. », U.H.N.O., *Trait d'union*, avril 1999 - p.4.

REICHERT (R.) : « L'hôpital, les 35 heures et la productique », *Le nouvel hospitalier*, n°48, mars-avril 1998, p.8-9.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

DIRECTIVE 93/104/CE du 23 novembre 1993 relative à l'organisation du temps de travail.

ORDONNANCE du 26 mars 1982, modifiée par la loi du 26 décembre 1996, relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux.

LOI n°94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

LOI n°98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

DECRET n°72-349 du 26 avril 1972 relatif aux congés en jours ouvrables.

DECRET n°82-870 du 6 Octobre 1982 relatif à l'organisation du travail.

DECRET n°95-250 du 6 mars 1995 relatif au travail à temps partiel des titulaires.

CIRCULAIRE n°160/DH/4 du 13 mai 1971 relative aux jours fériés.

CIRCULAIRE 189/DH/4 du 15 novembre 1973 relative aux astreintes à domicile.

CIRCULAIRE n°4/DH/8D du 5 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail et au régime des congés annuels dans les établissements d'hospitalisation public.

CIRCULAIRE DH/8D85-89 du 21 mars 1985 relative aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel.

CIRCULAIRE DH/FH1/94 du 8 février 1994 relative à l'application de l'accord national sur la réduction du temps de travail de nuit.

CIRCULAIRE du 23 mars 1999, DH/FH1 relative à l'application des 35 heures dans les hôpitaux.

ANNEXES

ANNEXE N°1

**Note de service relative aux Congés Annuels et Absences Autorisées
des agents exerçant à temps plein et à temps partiel.**

ANNEXE N°2

**Note de service relative aux Jours de Fêtes Légales
et aux jours susceptibles d'être chômés et payés en 1999.**

ANNEXE N°3

**Annualisation du temps de travail
dans l'unité Dominique Larrey**

ANNEXE N°4

**Fiches synthétiques sur le temps de travail des hôpitaux bretons
(site internet de l'ARH)**

ANNEXE N°5

Exemple de grille AGGIR dans le service de Moyen-Séjour