



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur de soins

Promotion 2002

**La gestion du temps travaillé
au carrefour
des logiques hospitalières**

Gérard LIARD

Sommaire

INTRODUCTION

<u>1- LA DEMARCHE DE RECHERCHE</u>	4
<u>1.1 La problématique</u>	4
1.1.1 <u>Les éléments contributifs du constat</u>	4
1.1.2 <u>Le questionnement</u>	5
1.1.3 <u>Un contexte particulier</u>	6
<u>1.2 Le cadre réglementaire</u>	7
1.2.1 <u>Les éléments statutaires</u>	7
1.2.2 <u>Les limites du système</u>	8
<u>1.3 Le cadre conceptuel</u>	9
1.3.1 <u>La notion de structure</u>	9
1.3.2 <u>La notion de différenciation</u>	10
1.3.3 <u>La notion de culture</u>	11
1.3.4 <u>La notion de changement</u>	11
1.3.5 <u>La notion d'innovation dans la gestion du temps</u>	13
<u>1.4 La méthode engagée</u>	14
1.4.1 <u>L'hypothèse à démontrer</u>	14
1.4.2 <u>La méthode</u>	16
1.4.2.1 <u>La cible, en regard des objectifs</u>	16
1.4.2.2 <u>L'échantillonnage</u>	16
1.4.3 <u>Les entretiens exploratoires</u>	17
<u>2- VALIDATION DES HYPOTHÈSES</u>	19
<u>2.1 Présentation des expériences</u>	19
2.1.1 <u>Expériences d'organisations postées</u>	19
2.1.1.1 <u>Mise en place d'horaires variables dans un service de chirurgie</u>	19
2.1.1.2 <u>Réorganisation de la gestion postée d'un service de médecine</u>	24
2.1.1.3 <u>Mise en place du temps choisi dans un service de médecine</u>	29
2.1.2 <u>Expériences d'organisations non postées</u>	34
2.1.2.1 <u>Mise en place d'horaires variés dans un pôle de consultations</u>	34
2.1.2.2 <u>Mise en place d'horaires décalés sur un office central</u>	38
2.1.2.3 <u>Mise en place d'horaires variables dans un bloc opératoire</u>	42
<u>2.2 Analyse comparative</u>	47
2.2.1 <u>Les principes communs mis en évidence</u>	47

2.2.2	Les résultats obtenus	48
2.2.2.1	Du côté institutionnel	48
2.2.2.2	Du côté des usagers	49
2.2.2.3	Du côté des agents	50
2.2.3	Le rapport des forces en présences	51
2.3	Analyse critique et stratégique	52
2.3.1	Les contraintes	52
2.3.1.1	Le cadre réglementaire	52
2.3.1.2	Le contexte particulier	53
2.3.1.3	L'implication des acteurs	53
2.3.2	Les enjeux	54
2.3.2.1	Pour l'institution	54
2.3.2.2	Pour les usagers	54
2.3.2.3	Pour les agents	55
3 -	PROPOSITIONS D' ACTIONS	57
3.1	Le cadre de l'action	57
3.1.1	Orientations à donner sur le plan décisionnel	57
3.1.1.1	Orientations pour réorganiser	57
3.1.1.2	Orientations pour aménager le temps de travail	59
3.1.2	Orientations à donner sur le plan management	60
3.2	Les conditions de l'action	62
3.2.1	Les conditions réglementaires	62
3.2.2	Les conditions issues des accords locaux	62
3.3	Le plan d'action	64
3.3.1	Préalables	64
3.3.2	Modalités pratiques au niveau des services	64
3.3.2.1	Détermination des postes de travail	64
3.3.2.2	Mise en adéquation des postes de travail avec les effectifs	66
3.3.2.3	Réalisation des plannings	66
3.3.2.4	Déterminer les aménagements possibles	67
3.3.2.5	Définir les règles de fonctionnement	68
3.3.2.6	Mettre en place une procédure de suivi et d'évaluation	69

CONCLUSION

LEXIQUE

ANNEXES

Liste des sigles utilisés

G.S.T.T.	Gestion Souple du Temps de Travail
G.I.T.T.	Gestion Informatisée du Temps de Travail
A.R.T.T.	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
O.A.R.T.T.	Organisation et Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
E.T.P.	Equivalent Temps Plein
M.C.O.	Médecine Chirurgie Obstétrique
D.R.H.	Direction des Ressources Humaines
C.S.I.	Cadre Supérieur Infirmier
C.P.U.	Chef de Projet Utilisateur
U.P.C.	Unité de Production Culinaire
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
H.C.	Hospitalisation Complète
H.S.	Hospitalisation de Semaine
H.J.	Hospitalisation de Jour
F.P.H.	Fonction Publique Hospitalière

INTRODUCTION

Le dispositif réglementaire mis en place au cours des deux dernières années¹ relatif à la mise en oeuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail au sein de la fonction publique hospitalière a contraint l'ensemble des établissements à explorer les composantes d'une question qui a bouleversé un existant profondément ancré.

Des études² relatives à la gestion du temps et à son aménagement dans la perspective de la réduction du temps de travail ont permis d'identifier les conditions nécessaires pour engager la phase de mise en oeuvre. Toutefois compte tenu des échéances³, il faut admettre qu'il s'est avéré difficile pour la grande majorité des Etablissements de parvenir à poser les prémices d'un système orienté vers des formes anticipantes. De plus les dernières directives portant sur les modalités pratiques, conjuguées aux informations tardives concernant le niveau des emplois alloués en compensation n'ont pas permis de donner du « *temps au temps* » et a de ce fait réduit la marge de manoeuvre indispensable pour aborder sereinement la phase de négociation.

Dans ces conditions, la référence à des principes d'équité et d'équilibre entre les services revêt d'autant plus d'importance qu'elle constituera à terme une garantie dans la pérennisation des organisations induites et produites. Des décisions majeures incombent au Directeur d'Etablissement et à l'ensemble de ses collaborateurs. Au sein de cette équipe, le Directeur des Soins doit contribuer à la mise en oeuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail en regard de ses responsabilités quant à l'organisation des soins et de leur continuité. Il se doit d'impulser, de suggérer ou de proposer des modalités d'organisation auprès des cadres et les valider en concertation.

Pour l'ensemble des décideurs concernés, l'objectif à atteindre doit prendre en compte un ensemble de paramètres constitués à la fois de contraintes institutionnelles, d'obligations envers les usagers et de réponses aux attentes sociales du personnel. La conjonction de ces trois parties aux logiques tantôt convergentes tantôt divergentes doit déboucher sur un équilibre qu'il convient de maintenir et de préserver dans un rapport gagnant / gagnant. C'est l'idée essentielle développée au sein de cette étude.

¹ Cf. liste des textes cités en annexe 8

² Cf. conférence des Directeurs Généraux de CHU du 7 janvier 2001 (étude sur les conditions nécessaires à la mise en place de la RTT)

³ mise en place de la RTT au 01/01/2002

La réalisation de ce travail de recherche portant sur une question d'actualité aussi sensible, constitue une opportunité qu'il fallait saisir. Une approche réaliste, éloignée des pressions et des conflits attenants nous a permis d'explorer un sujet en toute quiétude pour parvenir à des propositions d'actions à la fois pragmatiques et opérationnelles.

Dans une première partie, nous aborderons le contexte particulier de la problématique retenue en regard de constats observés, mais aussi en nous appuyant d'une part sur le cadrage réglementaire et d'autre part sur les références conceptuelles propres au contexte. Dans une deuxième partie, l'étude aura pour cible une analyse descriptive et critique de six expériences de gestion innovante du temps de travail en lien avec des organisations de soins. Celles-ci permettront d'argumenter et d'étayer les hypothèses soulevées. Enfin en dernière partie, nous développerons des propositions d'actions en regard du contexte actuel pour adapter des modalités d'aménagement du temps de travail compte tenu des impératifs à respecter.

PREMIERE PARTIE

LA DEMARCHE

DE

RECHERCHE

1 - LA DEMARCHE DE RECHERCHE

1.1 LA PROBLEMATIQUE

1.1.1 Les éléments contributifs du constat

A partir d'observations et d'expériences récentes, et conformément à l'actualité du moment, mon attention s'est portée sur la capacité du personnel soignant des services de soins à s'adapter pour gérer autrement le temps de travail dans un environnement qui bouge en permanence.

Cette réflexion repose sur un ensemble d'éléments contributifs :

- accroissement de l'activité médicale et de la demande de soins,
- adaptation permanente de l'offre de soins à des besoins nouveaux,
- intégration et prise en compte de contraintes nouvelles (réglementaires, politiques, économiques et sociales)
- évolution des mentalités, et des valeurs sociales par rapport au travail,

le tout dans un contexte qui doit prôner :

- efficacité, qualité, rigueur, conformité et productivité.

Les modalités de gestion du temps travaillé reposent bien souvent sur des conceptions anciennes et parfois stéréotypées dans leurs applications. En effet la pratique de maintenir des effectifs constants en quantité et qualité, sur des plages à horaires fixes que ce soit de jour comme de nuit, en semaine ou le week-end, ne permet pas de répondre aux évolutions et aux conditions évoquées ci-dessus. Cet ensemble de constats provoque une remise en cause d'un système qui se doit d'évoluer pour se conformer et s'adapter aux exigences conjoncturelles.

La problématique de départ repose donc sur un ensemble de phénomènes constitués à la fois de contraintes institutionnelles, d'obligations envers les usagers et de réponses aux attentes sociales du personnel hospitalier.

1.1.2 Le questionnement

Cette situation, suscite un questionnement de notre part en regard des responsabilités que nous allons exercer.

En effet, comment le Directeur des Soins responsable de l'organisation de travail des services de soins peut-il, à moyens constants, proposer ou faciliter des modes d'organisations différents de ce qui est traditionnellement acquis et reconnu ?

Ce premier questionnement positionne la problématique au niveau politique et décisionnel.

Par ailleurs cela entraîne un second questionnement sur l'aspect opérationnel à développer.

Dans le contexte évoqué ci-dessus, est-il possible d'introduire les notions de variabilité et d'adaptabilité qui répondraient à la fois aux contraintes hospitalières, aux besoins des usagers mais aussi aux attentes des agents ?

Ce double questionnement investit le champ de compétence et de responsabilité du Directeur des Soins puisqu'il touche l'organisation et la continuité des soins⁴.

En outre, celui-ci doit rester garant du fonctionnement établi dans le respect de la réglementation en vigueur. De plus, il doit être à même de susciter la réflexion et d'orienter vers une recherche la plus opérationnelle possible, tout en explorant des voies nouvelles. La mise en place d'une organisation de travail sous-tendue par ces deux concepts, évoque des modes de gestion de type « temps choisi » voire des formes de gestion souple du temps de travail⁵.

Par ailleurs, ce questionnement permet de cibler le champ d'action dans un cadre contextuel animé par trois logiques. La maîtrise des contraintes institutionnelles, la réponse aux besoins des usagers et la satisfaction des agents au travail constituent les trois pôles d'un triptyque qu'il convient de réguler de manière harmonieuse et la plus cohérente possible.

⁴ Décret du 18 octobre 1989, modifié 1995 portant statut des Infirmiers Généraux, modifié par le décret du 19 Avril 2002 portant statut des Directeurs des soins

⁵ GSTT : Gestion Souple du temps de Travail

1.1.3 Un contexte particulier

Toutefois il ne faut pas perdre de vue la complexité de l'environnement hospitalier. Il se caractérise par un niveau d'exigences à la fois spécifiques reposant sur les compétences professionnelles de chacun, mais aussi générales dans la manière d'orchestrer tous les métiers réunis. Par conséquent, il n'est pas concevable de modifier des organisations sans avoir une vision globale de l'ensemble du système. C'est en effet une contrainte qui, après analyse, permet de situer la problématique à deux niveaux :

- un premier d'ordre conceptuel et philosophique sur le plan général
- un second d'ordre opérationnel et de faisabilité sur le plan particulier

L'approche et le maintien permanent à l'esprit de ces deux niveaux, à la fois distincts et indissociables permettent de contourner les difficultés, et d'éviter les écueils dus aux limites d'un système contraignant et complexe.

Des expériences en matière d'organisation et de gestion du temps de travail se développent depuis quelques années dans des Centres Hospitaliers⁶. Bien souvent qualifiées d'expériences pilotes, celles-ci tendent à prouver et à vérifier l'ampleur de la difficulté à développer ce type d'organisation sur le plan général. En effet si l'on peut élaborer et poser rapidement les bases du premier niveau, l'approche du deuxième ne peut être que particulière et spécifique du fait des contraintes et des besoins propres à chaque entité⁷. Ce phénomène traduit la notion de différenciation propre à la structure hospitalière.

Pour appréhender ce contexte spécifique, il est nécessaire de garder constamment en mémoire les différentes logiques évoquées dans le questionnement initial dans le but de préserver l'équilibre de ce système. Néanmoins, cet environnement particulier composé de nombreuses variables au sein des différentes logiques présentées, se développe dans un cadre réglementaire qu'il est nécessaire de prendre en compte. En effet la marge de manoeuvre au niveau de la décision et des orientations à donner doit être guidée par le respect de la réglementation en vigueur.

⁶ Pour exemples dans l'Ouest : CHU Nantes / CHU d'Angers / CH Le Havre / CH Le Mans

⁷ Entités : unité, service, département, fédération, pôle

1.2 LE CADRE REGLEMENTAIRE

1.2.1 Les éléments statutaires

Que l'on dépende d'un statut publique ou privé, la réglementation du travail s'applique à toute personne en situation d'emploi et se réfère à des règles établies dans un contrat de travail, en regard d'un statut ou d'une convention collective.

Le statut de la fonction publique hospitalière précise et définit les droits et les devoirs de chaque agent quel que soit son grade et sa fonction. Si les devoirs portant sur les missions et les obligations de chacun ont besoin d'être rappelés, a contrario, les droits font l'objet d'une attention et d'une vigilance particulières. Ils représentent en quelque sorte la pierre angulaire incontournable dans l'élaboration et la mise en oeuvre des organisations.

Sans rentrer dans les détails de cette réglementation, il est important de cibler quelques points clés qu'il faut prendre en compte si l'on veut construire un projet réaliste et opérationnel⁸. Pour mémoire, les paramètres essentiels reposent sur des données comptables réglementées telles que :

- le temps annuel travaillé
- le temps horaire de la journée et de la nuit travaillées
- le nombre de journées consécutives de travail
- la notion de cycle de roulement
- le nombre de repos hebdomadaires et leur position dans le cycle
- l'amplitude horaire d'une journée travaillée
- l'amplitude horaire de repos entre deux journées travaillées

Le traitement et l'application de ces paramètres constituent non seulement une contrainte, mais introduit une complexité supplémentaire dans un environnement qui a lui-même plusieurs dimensions. C'est une difficulté à prendre en compte, et à traiter en connaissance de cause dans un système qui possède ses limites.

⁸ cf. tableau en annexe 1

1.2.2 Les limites du système

Notre société est empreinte d'une culture administrative et juridique. En effet que ce soit «statut, code du travail, décret, rapports... », une profusion de textes régit notre environnement professionnel.

Toutefois, il est utile de préciser qu'il existe parfois une certaine ambiguïté entre le droit et les relations sociales. Emmanuel Kant, à l'aube de la société industrielle du XIX^e siècle avançait :

« *Ce que le dialogue peut faire, le droit ne le permet pas...* »⁹

Cette remarque s'est vérifiée plus d'une fois au cours de l'histoire sociétale : le droit a bien souvent été précédé par des mouvements et forces de propositions de toutes sortes.

Cette approche peut nous permettre de sortir du cadre réglementaire avec réserves certes, compte tenu des responsabilités en jeu. Par contre, il faut admettre que la loi Aubry¹⁰ sur la mise en place des 35 heures vient contredire la remarque de E. Kant dans le sens où pour une fois, le dialogue est contraint par la loi ; c'est en quelque sorte l'originalité de cette loi qui n'est pas le produit de mouvements sociaux.

Cette nouvelle donne réglementaire est à intégrer dans notre étude ; toutefois, faut-il considérer ce nouveau cadrage législatif comme une contrainte voire une limite surajoutée ou comme une opportunité à saisir pour innover et sortir des schémas traditionnels en matière de gestion du temps ?

Des modalités de gestion intégrant des notions de **variabilité, de flexibilité ou de souplesse** se font jour depuis quelque temps ; l'actualité peut-elle les légitimer ?; sont-ils adaptés aux organisations des services hospitaliers ?.

Avant de répondre à ces différentes questions, il est nécessaire de procéder à une recherche conceptuelle des différentes notions qui composent notre environnement socioprofessionnel et une analyse des concepts qui sous-tendent notre réflexion.

⁹ citation de deuxième main

¹⁰ Loi AUBRY sur la réduction du temps de travail / Décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la Fonction Publique de l'Etat

1.3 LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre théorique de ce mémoire s'appuie d'une part sur la sociologie des organisations de l'entreprise développée par Renaud Sainsaulieu et d'autre part sur le contenu du cours « sociologie de l'organisation hospitalière » dispensé par François-Xavier Schweyer dans le cadre de la formation des Infirmiers Généraux.

L'analyse conceptuelle portera sur les notions de structure, de différenciation, de culture soignante, de changement et d'innovation dans la gestion du temps.

1.3.1 La notion de structure

Si l'on se réfère aux logiques évoquées précédemment, il est utile de procéder à l'analyse sociologique des organisations à l'hôpital. Celle-ci met en évidence un système constitué de relations entre trois pôles bien identifiés, autour d'un cadre d'action centré sur la gestion des soins et la prise en charge de l'utilisateur.

Cette illustration graphique se réfère à un modèle proposé par Renaud Sainsaulieu. Elle permet de visualiser une forme de représentation des mécanismes internes du système

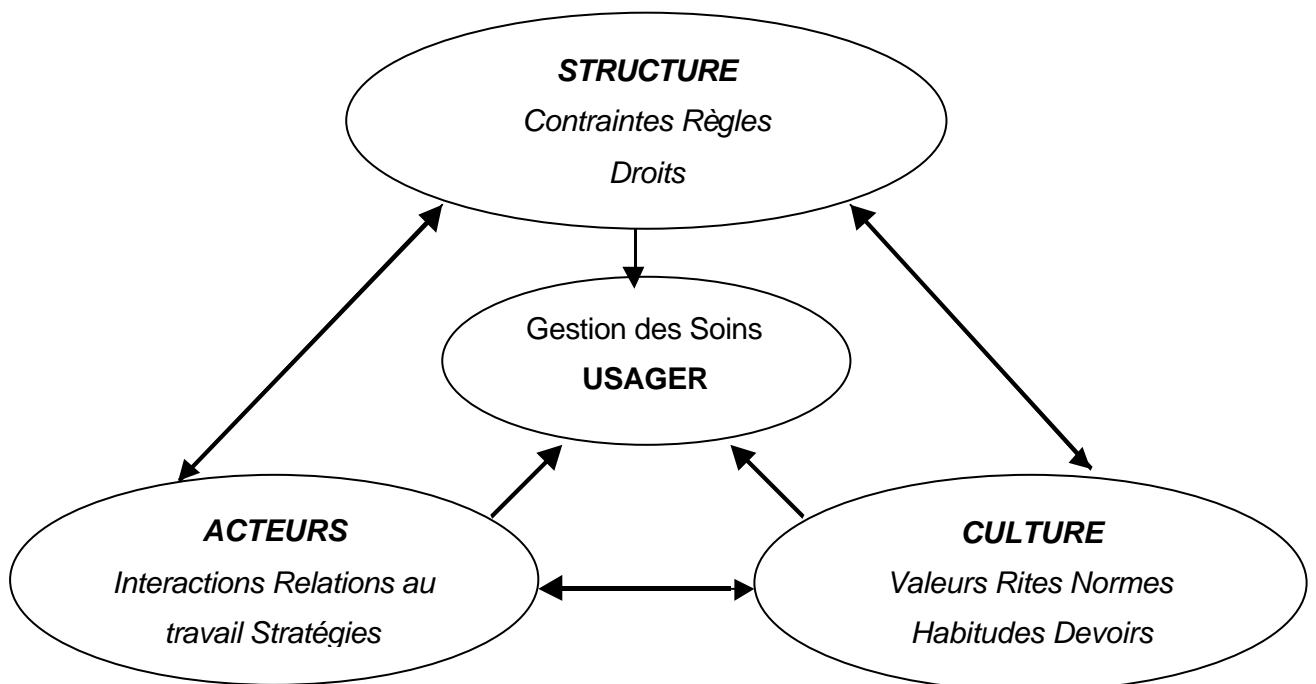


Figure A

Le concept de structure repose sur des éléments objectifs¹¹, il se définit par :

- un programme, des missions, des projets
- des entités concourant à la réalisation de ce programme ; ils se décrivent sous la forme de métiers, de fonctions, de postes de travail
- l'existence d'une hiérarchie et de pouvoirs attribués
- l'existence de règles et de procédure de fonctionnement
- l'existence de relations entre les différentes composantes de la structure
- une capacité à communiquer et à se développer

La particularité de la structure hospitalière se représente aussi sous la forme d'un axe partant de Centres Opérationnels¹², pour se diriger par le biais d'une ligne hiérarchique, vers un Sommet stratégique et décisionnel.

Cette analyse conforte le premier niveau de la problématique étudiée.

1.3.2 La notion de différenciation

Lawrence et Lorsch¹³ définissent ce concept par :

- « *une partition de l'hôpital en unités distinctes qui génère une partition correspondante de l'environnement global de l'hôpital en sous-environnements distincts* ».

Ce concept de différenciation se traduit aussi par des divergences entre des logiques (administratives et médicales), entre des fonctionnements (traditionnels et particuliers), entre des corps de métiers (médical et paramédical). La convergence de ces logiques représente une des clés pour comprendre et appréhender la complexité de la structure hospitalière.

Cette notion conforte le deuxième niveau de la problématique, dans la mesure où elle crédite le choix de traiter les particularités dans la phase opérationnelle.

¹¹ F.X. SCHWEYER - Sociologie de l'organisation hospitalière – Rennes - cours ENSP

¹² Services ou Unités de Soins

¹³ Citation de deuxième main du cours de F.X. SCHWEYER

1.3.3 La notion de culture

D'après R. Sainsaulieu, la culture représente :

« le fondement d'une dynamique d'un ensemble soudé par des relations attentives, des motivations, des intérêts, et par la satisfaction d'une ambiance collective »¹⁴

Pour E. Jacques¹⁵ la culture se réfère à une sorte d'inconscient collectif travaillant au fond des mentalités et constituant pour l'entreprise une sorte de mémoire, de références qui ont valeur de capital culturel porteur de sens. Cette définition se rapproche du concept de représentation collective de Emile Durkheim¹⁶.

Le monde des soignants est profondément marqué par ce concept. Il est important de souligner le rôle essentiel tenu par des phénomènes identitaires et culturels au sein des organisations des services de soins. Pour Renaud Sainsaulieu le travail et l'entreprise sont des lieux centraux de production identitaire et culturelle¹⁷ Par son système de représentations et de valeurs partagées, cette culture contribue à stabiliser l'environnement de la structure hospitalière. Par contre celle-ci doit rester en phase avec les changements à introduire, c'est une condition à respecter pour préserver la paix sociale au sein du groupe. Des organisations en place¹⁸, contribuent à maintenir et préserver ces phénomènes identitaires et culturels autour desquels chacun se reconnaît et admet une entière appartenance.

1.3.4 La notion de changement

Dans « *Le phénomène bureaucratique*¹⁹ », Michel Crozier note qu'un système d'organisation dont la principale caractéristique est la rigidité ne peut s'adapter facilement au changement. Il est loisible de penser que l'hôpital induise ce mode d'organisation de type bureaucratique. Par ailleurs, Françoise Gonet dans « l'hôpital en question » analyse les

¹⁴ R. Sainsaulieu – Culture et sociologie de l'entreprise – p. 110

¹⁵ Auteur cité par R. Sainsaulieu

¹⁶ sociologue français (1858-1917) un des fondateurs de l'école de sociologie française

¹⁷ L'identité au travail, Presses de la FNSP, 1985

¹⁸ Les transmissions par exemple

¹⁹ Michel Crozier, Le phénomène bureaucratique, 1964, Paris, Points-Seuil, pp. 239-243, pp. 273-277

difficultés particulières de l'univers hospitalier en regard de ce concept de changement qu'elle désigne sous les termes de « *changement dirigé* »

Pour Françoise Gonet, la principale raison de résistance au changement de la part des équipes soignantes, réside dans la double insécurité générée par l'exercice de leur métier d'une part, et par leur environnement de travail d'autre part. Pour pallier cette double insécurité, les soignants mettent en place des stratégies de protection destinées à leur permettre de vivre de manière la plus sereine et par conséquent la moins insécurisante possible. C'est un principe de réalité qu'il est important de garder en mémoire, dans l'approche de toute situation de changement qui touche à la fois la structure et les personnes. De plus, la prise en compte de ces deux composantes est indispensable pour limiter la résistance au changement. En effet, il n'est pas concevable de construire « *la structure idéale* » sans se pencher sur les hommes et les femmes qui la composent ; Françoise Gonet affirme :

« Tant que l'on ne modifie pas les personnalités, les comportements des personnes, on ne peut pas changer l'organisation ; il n'y a changement que s'il y a changement des hommes et des mentalités »²⁰

Cette affirmation introduit quelques règles à tenir lors de la conduite du changement à opérer. L'ensemble des acteurs concernés par le changement doivent se mobiliser, dans un changement participatif qui tienne compte de leurs idées, de leurs façons de voir les choses et de leurs propositions. La non-prise en compte de ces éléments produira des phénomènes de résistance en raison d'un manque de reconnaissance des acteurs en tant que personnes responsables, accentué par la perception d'avoir été manipulés. Les manifestations se traduiront par des freins, des blocages face au programme pensé pour eux, mais non avec eux.

Cette notion de changement et les difficultés sous-tendues, implique la nécessité d'introduire des modalités participatives dans les orientations à prendre que ce soit au premier ou au deuxième niveau de la problématique. Toutefois le traitement de la phase opérationnelle revêt un caractère particulier dans la mesure où il sera indispensable de maintenir l'équilibre entre les réalités et les désirs des acteurs d'où la nécessité de préserver en permanence un espace de négociation.

²⁰ F. GONET conférence : Les soignants et le changement ; 19 / 20 janvier 1990

1.3.5 La notion d'innovation dans la gestion du temps

La gestion du temps se réfère bien souvent à des règles comptables très normatives. Introduire tout caractère novateur dans ce domaine équivaut à entrevoir des notions de désordres et d'incertitudes. Celles-ci, par les phénomènes négatifs qu'elles génèrent, peuvent être à l'origine d'un sentiment de rupture avec les rites et les valeurs établis, mais aussi avec les représentations mentales des individus.

Dans les entreprises de type industriel, les innovations technologiques produisent ces effets dans la mesure où la remise en cause est générale, les hommes devant s'adapter et se former aux nouvelles conditions. A contrario dans un service de soins, l'innovation ciblée sur des aspects organisationnels peut se développer dans une certaine continuité, tout en valorisant les effets de changement sous la forme de services rendus et de réponses aux attentes personnelles et professionnelles.

Les horaires généralement appliqués dans tous les établissements et services hospitaliers reposent sur une organisation basée sur le découpage des 24 heures en trois plages, une de nuit et deux de jour, perpétuée de manière constante et immuable. Les modalités développées²¹ obéissent aux représentations d'un fonctionnement standard, régulé par des principes reconnus et admis par tous les acteurs gravitant dans le système. Remettre en cause de manière radicale celui-ci n'est pas envisageable ; une adaptation dans la continuité permettrait aux acteurs d'assimiler un nouveau dispositif en matière de gestion du temps, au même titre que tout changement naturel qui s'intègre dans l'ordre des choses et dans un environnement qui bouge en permanence.

L'innovation dans la gestion du temps consiste à remettre en cause un modèle d'organisation de type fixe et rigide, et à introduire des notions de souplesse et de variabilité. En corollaire, elle permet de s'interroger sur le maintien de principes organisationnels basés sur l'uniformité et la constance des moyens déployés.

Toutefois, la recherche de l'innovation en matière de gestion du temps se trouve confrontée à un double paradoxe provenant de la réduction du temps de travail. En effet le temps élément de régulation sociale, ne peut plus servir de monnaie d'échange comme avant, réduisant de fait la marche de manoeuvre du cadre. De plus, certains protocoles d'accords représentent plus des carcans que des vecteurs favorables à l'innovation. C'est

²¹ Horaires : matin, soir, coupe, nuit

toute la limite d'un système qui pourrait éventuellement remettre en cause des dispositifs qui ont été innovants dans leurs réalisations.

Néanmoins il est utile de préciser que l'approche des différents concepts évoqués a permis de situer et d'analyser des éléments contextuels à la problématique. Par reformulation, celle-ci se pose de la manière suivante :

Le contexte spécifique de l'environnement hospitalier et de ses composantes, permet-il d'introduire des notions de variabilité et d'adaptabilité dans la gestion du temps, pour répondre à la fois aux contraintes hospitalières, aux besoins des usagers mais aussi aux attentes des agents ?

Cette question constitue le point de départ de l'étude qui consistera à démontrer la validité des hypothèses posées, en regard de la problématique décrite.

1.4 LA METHODE ENGAGEE

1.4.1 L'hypothèse à démontrer

La problématique rappelée ci-dessus, repose sur un ensemble de phénomènes constitués à la fois de contraintes institutionnelles, d'obligations envers les usagers et de réponses aux attentes sociales du personnel.

Cette problématique tourne autour de la nécessité de satisfaire ces **trois logiques**, sur un principe d'équilibre (dans un rapport gagnant / gagnant²² qui soit le plus équitable possible) au cœur d'un système qui doit poser ses règles pour rester garant de cet équilibre.

Une première hypothèse émise tendrait à démontrer que la mise en place d'organisations nouvelles du fait de l'introduction d'horaires variés, variables, ou de type « temps choisi », ne relève pas uniquement d'une logique de gestion purement quantitative, mais d'une évolution de la logique de soignants dans le but de répondre à la fois aux besoins des usagers et aux contraintes hospitalières.

²² Rapport win / win (chez les Anglo-Saxons)

Au travers de la confrontation de ces différentes logiques, une autre hypothèse est à vérifier. Est-il possible d'établir l'existence de convergences entre les intérêts des uns et des autres, assez fortes pour surmonter leurs divergences ?

Cette hypothèse si elle se confirme, débouchera-t-elle sur un rapport « gagnant / gagnant » gage d'équilibre du système ?

Pour cerner et comprendre ces hypothèses résultantes de la problématique, une réalisation schématique de ces logiques permettra de visualiser la dynamique et l'interactivité de ces dernières.

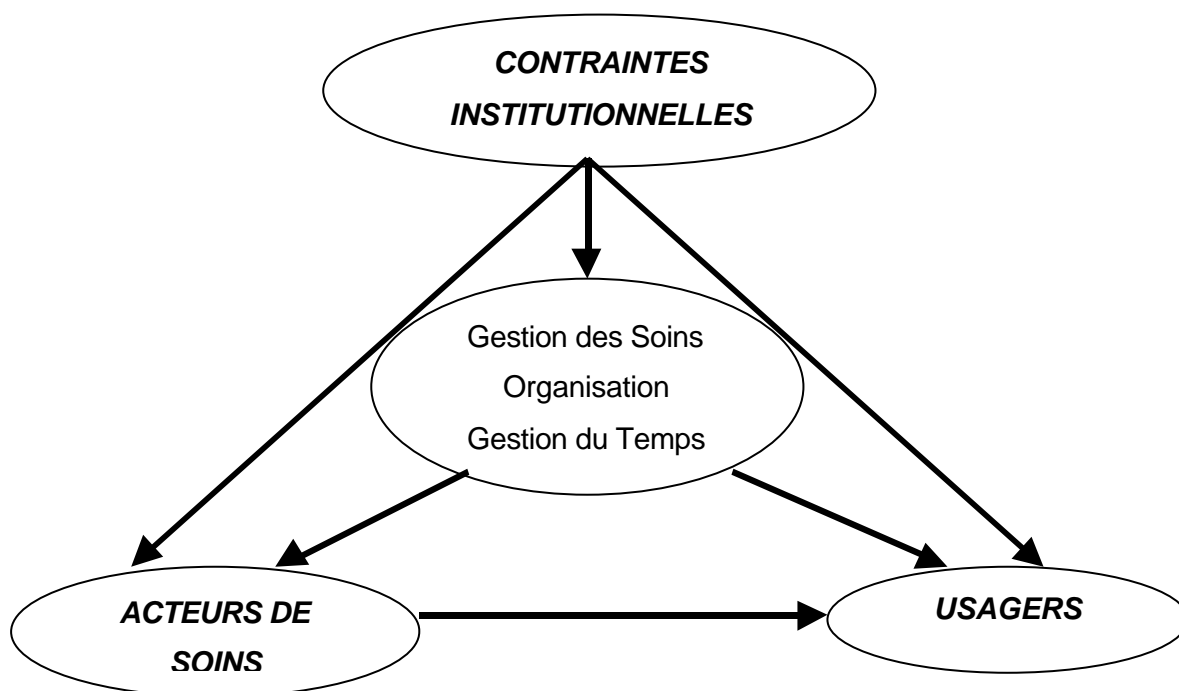


Figure B

Le défi est à relever, d'autant plus que l'actualité²³ est pressante à de nombreux égards. Les expériences pilotes dans le domaine de la gestion du temps doivent nous servir à franchir un cap dans la mise en place d'organisations sous des modalités différentes et innovantes.

²³ rappel : situation de l'étude au premier semestre 2002 en pleine négociation de la mise en place des 35h

1.4.2 La méthode

1.4.2.1 La cible, en regard des objectifs

Une observation générale des modes de gestions conventionnels de la majorité des services de soins nous amène à relever quelques constats, en voici trois exemples :

- Les horaires ne répondent pas aux besoins des usagers et respectent rarement les habitudes de vie de ces derniers.
- L'organisation standardisée des postes de travail ne permet pas de faire face aux variations d'activité.
- La rigidité du système en horaires fixes ne répond pas nécessairement aux aspirations du personnel.

Cette inadéquation des moyens et des besoins, ne permet pas de retenir ce type de service.

Une observation ciblée sur des unités qui ont introduit des modes de gestion qui tentent d'adapter les moyens aux besoins tout en essayant de respecter l'équilibre des différentes logiques a retenu mon attention.

Les objectifs recherchés tendent vers des souhaits qui seraient de répondre aux questions suivantes :

- Les horaires peuvent-ils se calquer sur les besoins de l'organisation et des usagers ?
- Les postes de travail peuvent-ils être adaptés et variés dans leur configuration ?
- Les agents peuvent-ils prétendre au bénéfice induit par un aménagement de leur temps de travail ?

Ces critères identifiés sont représentatifs de la cible recherchée et constitueront la base argumentaire qui tentera de vérifier les hypothèses posées.

1.4.2.2 L'échantillonnage

L'intérêt premier de cette étude était de disposer d'un champ d'investigation assez large et varié à la fois. Il était donc important d'explorer plusieurs types d'organisations, tout en restant dans un environnement quelconque.

L'étude exploratoire a porté sur des secteurs qui se caractérisent par :

- des organisations postées (en continu, 24 h / 24 h)
 - mise en place d'horaires variables dans un service de chirurgie
 - réorganisation de la gestion postée d'un service de médecine
 - mise en place du temps choisi dans un service de médecine
- des organisations non-postées (en discontinu, horaires de journées)
 - mise en place d'horaires variés dans un pôle de consultations
 - mise en place d'horaires décalés sur un office central
 - mise en place d'horaires variables au bloc opératoire

L'échantillonnage suivant est classique certes, mais peut être considéré comme très représentatif de l'ensemble des services habituellement rencontrés dans un hôpital.

1.4.3 Les entretiens exploratoires

Des entretiens exploratoires ont été réalisés auprès de cadres ayant conduit un projet porté par une démarche innovante en matière de gestion du temps. Ceux-ci ont été menés en deux temps.

Une première rencontre a permis de découvrir et de décrire les modes d'organisations particulières mis en œuvre. Cette phase descriptive réalisée de manière exhaustive a exploré tous les éléments constitutifs du projet :

- les objectifs, les missions (la raison d'être)
- les contraintes à prendre en compte (la structure)
- les acteurs (médicaux, non-médicaux)
- les conditions de travail (horaires, planning)
- les principes de fonctionnement et de régulation

Après réflexion et analyse, une deuxième rencontre a été nécessaire pour explorer les éléments relatifs qui me permettraient de vérifier et de conforter l'hypothèse de départ. Cet entretien s'est déroulé à partir d'une grille élaborée²⁴ en regard des éléments attendus.

L'objectif était de cibler rapidement les points de convergences pour me permettre d'appuyer mon analyse et de relever les points de divergences pour renforcer l'analyse contextuelle et complexe précédemment évoquée.

²⁴ cf. grille en annexe 2

DEUXIEME PARTIE

VALIDATION

DES

HYPOTHESES

A PARTIR

D'EXPERIENCES REALISEES

2 - VALIDATION DES HYPOTHESES

2.1 PRESENTATION DES EXPERIENCES

2.1.1 Expériences d'organisations postées²⁵

2.1.1.1 Mise en place d'horaires variables dans un service de chirurgie

2.1.1.1.1 *présentation du contexte*

L'expérience a pour cadre un service de chirurgie de spécialité de 50 lits installés²⁶. Configuré à partir de trois pôles (secrétariat consultations, hospitalisation, bloc opératoire), ce service dispose de 85 personnes pour 75 ETP, pour un fonctionnement jour / nuit, 24h/24.

Service pilote dans le cadre de la mise en place de la Gestion Informatisée du Temps de Travail, une mise à plat des modèles horaires de tous les postes fonctionnels²⁷ a été engagée dans la phase préparatoire. La prise en compte du temps effectif de la présence au travail était conditionnée par la nécessité de badger à l'arrivée et à la sortie du service.

Une gestion en interface par rapport à des plannings informatisés permet d'avoir un état précis du réalisé au jour N-1²⁸, pour chaque agent. Par ailleurs ce système autorise une gestion des présences au travail et des absences programmées et inattendues, mais aussi une gestion prévisionnelle actualisable à tout moment.

L'innovation en matière de gestion du temps repose sur l'introduction d'une «zone temps » dite variable de 10 minutes, autorisée à l'arrivée et à la sortie. Cette disposition a été possible par la mise en place d'un compteur débit/crédit de – 20h à +20h.

L'introduction d'une légère souplesse a induit un ensemble de phénomènes récurrents qui ont dû être gérés de manière adaptée. Six mois de test ont été nécessaires pour la mise en place et la régulation du changement introduit, avant de procéder aux différentes phases de déploiement au niveau de l'établissement. La phase test concernait un service de soins, un service médico-technique et un service administratif.

²⁵ Organisation en continu, 24H/24

²⁶ Service de neurochirurgie / CHU de 1200 lits de M.C.O.

²⁷ Entendre par poste fonctionnel : une permanence de travail ; exemple : matin 6 h 30 / 14 h 30

²⁸ Mise à jour à 0 h, après chaque journée écoulée

Le relais de l'expérience pilote a été assuré par le Cadre Supérieur Infirmier, responsable du projet au niveau de la DRH. Un entretien auprès de celui-ci a permis de recueillir à la fois les principes fondateurs de l'opération, les enjeux représentés par l'introduction de ce changement mais aussi les perceptions des acteurs concernés par ce projet.

2.1.1.1.2 Présentation des éléments essentiels de l'expérience

A l'issue du premier entretien avec le Cadre Supérieur Infirmier²⁹, conformément à la grille établie³⁰, la synthèse de ce dernier met en évidence les points suivants :

<p>Philosophie sous-tendue par le projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire confiance, dans le respect de chacun, tout en préservant l'intérêt général - Responsabiliser au maximum les agents
<p>Objectifs à atteindre en lien avec les missions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer de manière responsable et autonome - Auto-réguler les heures supplémentaires - Adapter les moyens aux besoins <ul style="list-style-type: none"> - Eviter les sur-effectifs - valider les temps supplémentaires justifiés - Autoriser les départs anticipés dans la limite du possible - Maintenir le principe d'équité
<p>Les contraintes prises en compte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Admettre le principe de contrôle - Respecter les contraintes établies - Garantir la réactivité par rapport aux services logistiques - Veiller à la rigueur du badgeage - Prévenir les anomalies par une anticipation des demandes
<p>Les acteurs concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les agents en poste fonctionnel, de jour comme de nuit, encadrement compris

²⁹ le CSI en tant que Chef de Projet Utilisateur (CPU)

³⁰ cf. annexe 2

<p>Les conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction d'une variabilité contrôlée avec gestion individuelle d'un compte temps (débit crédit) - Autorégulation par la prise en compte de départ anticipé dans les limites autorisées (de 10' à 30') sans accord préalable, avec accord du cadre pour au-delà
<p>Les principes de fonctionnement et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des règles de fonctionnement ont été établies pour la gestion du temps - Une procédure a été mise en place pour signaler les changements de planning afin de mettre en phase planning et badgeage - Les dépassements de temps au-delà de la limite doivent être justifiés pour être validés par le cadre - La récupération peut se faire dans la limite permise (30') sur le temps imparti au poste de travail occupé - La récupération en journée complète se limite à deux jours par année civile - La notion de gestion de son temps s'intègre dans une logique réfléchie du temps de présence au travail et du temps de travail effectif
<p>Les modes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une gestion collective d'équipe est recommandée sur le principe suivant : <ul style="list-style-type: none"> - en présence d'une équipe constituée de trois binômes IDE/AS => régulation de la variabilité sur un binôme à tour de rôle => réduction d'un binôme complet organisé la veille pour le lendemain en regard du flux de l'activité - Une régulation par les valeurs partagées et admises par tous, légitime les réglages internes

2.1.1.1.3 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

Le deuxième entretien a permis de centrer l'échange sur les éléments propres à la problématique posée et de rechercher les arguments pour étayer les hypothèses soulevées.

Le tableau suivant représente le croisement des différentes logiques :

Points de vue par rapport aux :	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Réussir le projet dans sa phase pilote en perspective d'un déploiement général - Faire admettre le badgeage	- Maintien de la qualité des soins - Préservation de la réactivité par rapport aux besoins	- Gestion autonome et responsable du temps de présence au travail
Rapport gagnant	++	+	++
Opportunités	- Gestion informatisée pour anticiper le passage aux 35 heures	- Tendre vers un rapport gagnant	- Ouverture sur une approche non linéaire (mentalité)
Rapport gagnant	+++	+	++
Points sensibles	- Enjeux liés au badgeage, négociation avec les partenaires sociaux	- Présence, et niveaux de soins susceptibles de diminuer	- Notion de contrôle du temps effectif - Crainte de la mobilité
Rapport gagnant	+ / -	+ / -	-
Points de convergence	- Volonté de réussir - Ouverture	- Concours et partage d'intérêts communs	- Motivation - Acceptation
Rapport gagnant	++	+	++
Points opposables	- Gestion comptable et quantitative	- Gestion qualitative	- Ambiguïté entre le quantitatif et le qualitatif
Somme	7 +	3 +	5 +

2.1.1.1.4 Synthèse et analyse personnelle

Les perceptions traduites au cours des entretiens mettent en évidence quelques positions convergentes mais aussi relèvent des points très sensibles sans pour autant être très divergents.

Toutefois le rapport de force est quelque peu inégal :

- la structure pèse de tout son poids pour réussir
- les acteurs cherchent dans le dispositif le rapport gagnant / gagnant
- les usagers trouvent des intérêts plutôt limités

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle³¹, est limité par rapport à l'équilibre recherché. La représentation graphique prendrait la forme suivante :

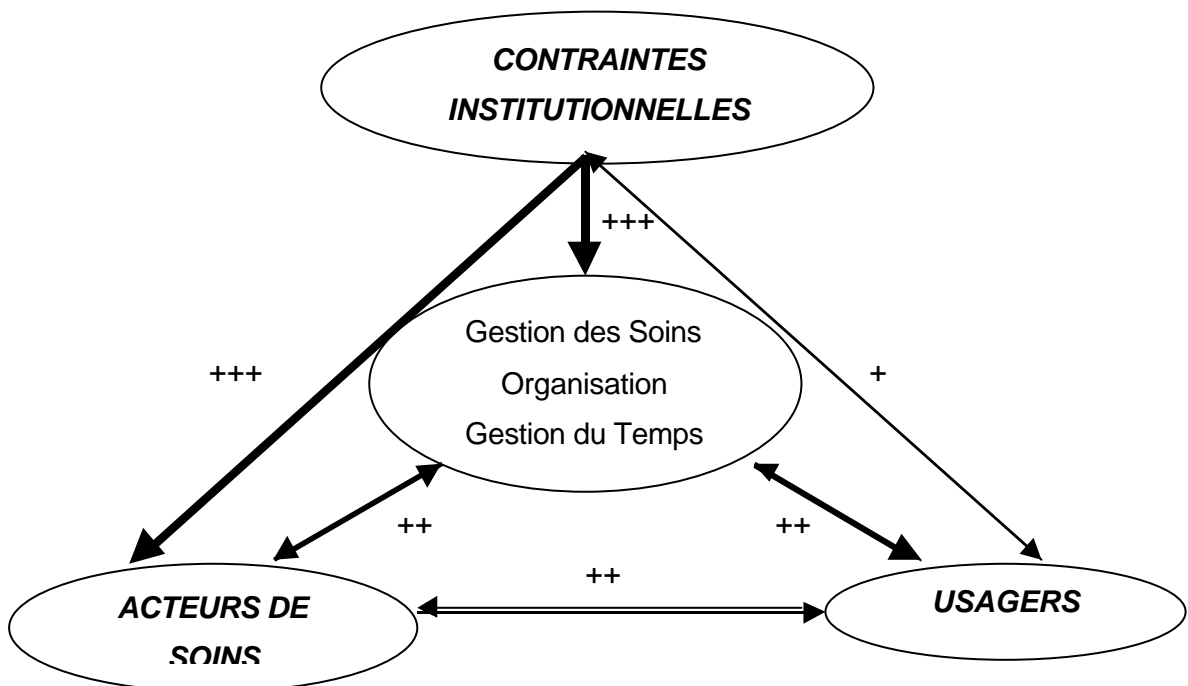


Figure B exemple n°1

³¹ Cf. p. 14

2.1.1.2 Réorganisation de la gestion postée d'un service de médecine

2.1.1.2.1 Présentation du contexte

Un service de médecine spécialisé d'un grand Centre Hospitalier³² non Universitaire a attiré mon attention lors d'une présentation en réunion d'encadrement d'un exemple de restructuration réalisée.

Ce service dispose à présent de 30 lits (24 HC / 6 HS)³³, répartis en 3 zones de responsabilité appelé « secteurs de soins »

La restructuration est partie d'un constat réalisé en 1993, qui avait mis en évidence un ensemble d'insatisfactions à différents niveaux :

- au niveau du personnel
 - o absentéisme supérieur à la moyenne de l'établissement
 - o insatisfaction de réaliser des horaires coupés (AS / ASH)
 - o heures supplémentaires réalisées par les infirmières
- au niveau des usagers
 - o défaut de qualité avéré en hygiène des locaux
 - o communication avec les soignants morcelée
- au niveau de l'organisation du service
 - o glissement de tâches induit par une inadéquation des qualifications
 - o organisation des soins en série
 - o horaires des soins inappropriés
 - o postes de travail inadaptés aux besoins (nombre et qualification)
 - o transmissions orales à quatre moments de la journée

Un décalage important se constituait entre le potentiel existant et la demande de soins qui augmentait sans cesse. Une refonte complète de l'organisation du service s'imposait. Le cadre infirmier appuyé, par le cadre supérieur du département, a relevé le défi. Après analyse de la situation, celui-ci a enclenché le processus de changement en s'appuyant sur les points forts du service et sur les opportunités qui se sont présentées.

³² C.H.M. : 2000 lits / 3500 agents non-médicaux

³³ H.C. : Hospitalisation Complète / H.S. : Hospitalisation de Semaine

2.1.1.2.2 Présentation de la démarche

Le tableau suivant retrace les éléments essentiels de la démarche engagée.

Postulat de base	<ul style="list-style-type: none">- Partir du soin et associer chaque acteur à la tâche qui lui est dévolue
Philosophie et objectifs sous-tendus par le projet	<ul style="list-style-type: none">- Recentrer les acteurs sur leur rôle et leur fonction pour donner du sens aux soins- Rendre les agents responsables en les impliquant dans la démarche- Tendre vers l'appropriation des changements apportés
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none">- Améliorer la prestation de soins- Optimiser l'organisation des soins- Répondre aux besoins des patients- Réduire l'insatisfaction des agents
Les points forts	<ul style="list-style-type: none">- Une équipe consciente, disponible et motivée- Une conception des soins centrée sur le patient- Une équipe médicale dynamique, à la compétence reconnue portée par le projet en terme d'évolution à prévoir
Les opportunités	<ul style="list-style-type: none">- Installation future dans un bâtiment neuf dans les 5 ans- S'appuyer sur les mouvements à venir
Les contraintes prises en compte	<ul style="list-style-type: none">- L'étude de tâches nécessaire pour bâtir l'organisation nouvelle, en se posant les questions :<ul style="list-style-type: none">• qui fait quoi et à quel moment ?

<p>les contraintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les réticences de certains agents et plus particulièrement les ASH concernés par le recentrage, mais aussi les AS compte tenu du profil « temps de soins » qui met en évidence un déficit de qualification infirmière - Les qualifications en présence
<p>Les acteurs concernés et évolution des effectifs au sein du service</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières <ul style="list-style-type: none"> • de 8 ETP en 1993 => 11 ETP en 2001 • 1 création et 2 transformations de poste - Les Aides Soignants <ul style="list-style-type: none"> • de 14 ETP en 1993 => 13 ETP en 2001 • 1 transformation (ASH) - Les ASH <ul style="list-style-type: none"> • de 3 ETP en 1993 => 2 ETP en 2001 • 1 poste transformé en AS
<p>Les conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des plannings, par la réduction des week-ends de travail (1/5) - Ouverture sur des possibilités d'exercer à temps partiel aussi bien pour les IDE que pour les AS - Renforcement des postes de travail en semaine pour adapter les moyens à la demande de soins
<p>Les principes de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des postes de travail avec une procédure dégradée en cas d'absence ; redéploiement interne plutôt que de rappeler quelqu'un - Equilibre préservé entre des journées de 7 h 30 et de 8 h avec des récupérations intégrées dans le cycle
<p>Les modes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Principe d'équité admis entre les temps pleins et les temps partiels - Développement de la solidarité et de l'esprit d'équipe par l'implication et la participation de l'ensemble du groupe

2.1.1.2.3 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

L'entretien ciblé sur les éléments de la problématique posée a permis de croiser les différentes logiques exprimées au travers des intérêts propres à chacune des parties.

Le tableau suivant va mettre en évidence les éléments conformes aux hypothèses émises :

Points de vue par rapport aux :	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Optimiser la structure et les moyens pour répondre aux besoins - Valoriser la qualification professionnelle	- Pouvoir bénéficier de soins de qualité en regard de la qualification requise	- Recentrage sur les rôles et les fonctions de chacun dans le but de donner du sens aux soins
Rapport gagnant	+++	++	+++
Opportunités	- Faire évoluer la structure de soins par la création d'une hospitalisation de semaine	- Amélioration des conditions d'accueil (locaux neufs)	- Amélioration des conditions de travail dans le sens de la qualité
Rapport gagnant	++	+++	+++
Points sensibles	- Adapter les ressources humaines au projet (transformations)	- Réactivité par rapport à la demande de soins	- S'adapter au changement - La remise en cause sur des exigences requises
Rapport gagnant	+	++	+
Points de convergence	- Satisfaction par rapport à l'atteinte des objectifs	- Satisfaction relevée auprès des usagers ³⁴	- Satisfaction d'évoluer dans un environnement de travail adapté
Rapport gagnant	++	++	++
Points opposables	Aucun	Aucun	Aucun

Somme	8 +	9 +	9 +
--------------	------------	------------	------------

³⁴ Enquête de satisfaction réalisée en 2001

2.1.1.2.4 Synthèse et analyse personnelle

L'analyse de cette restructuration met en évidence des positions très convergentes sans opposition de point de vue.

Le rapport de force est équilibré :

- la structure favorise un développement ciblé sur la qualité
- les acteurs par leur implication rentrent dans un rapport gagnant / gagnant
- les usagers sont bénéficiaires de soins organisés et recentrés sur eux

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle³⁵, est conforme à la situation présente, l'équilibre est garanti. La représentation graphique reste proche du modèle proposé :

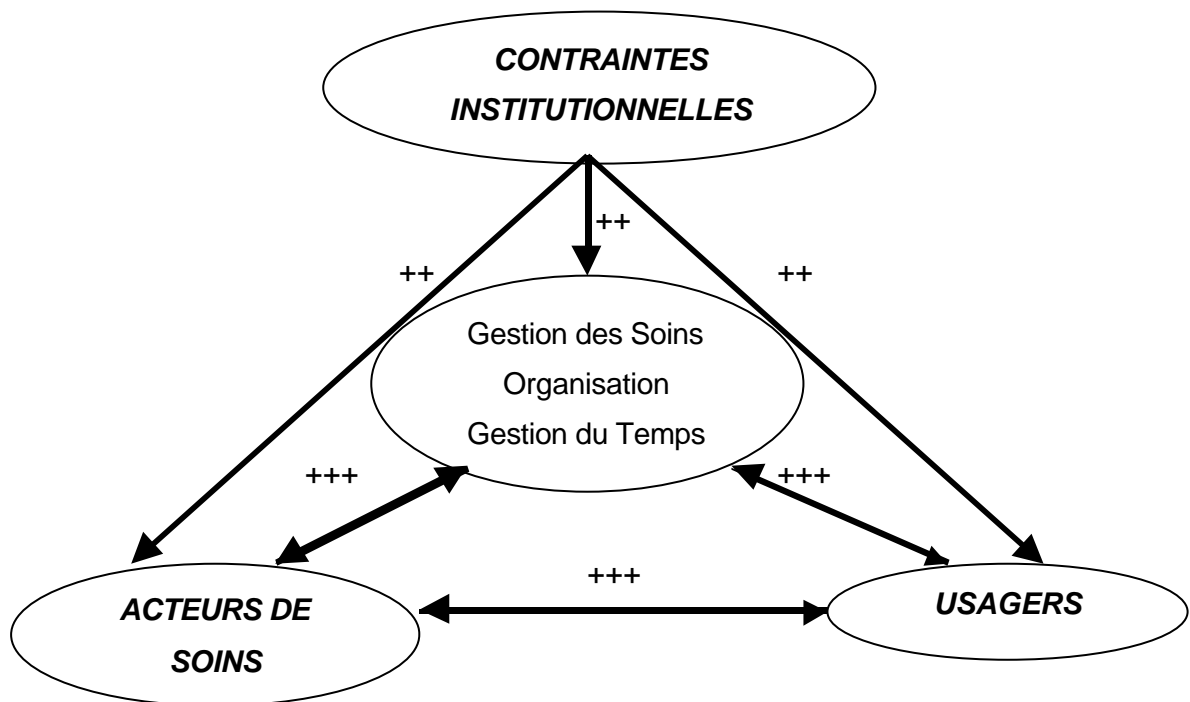


Figure B exemple n°2

La restructuration effectuée au sein de ce service apparaît comme une réussite si l'on considère le rapport des gains et des pertes dans la finalité du projet. La tendance est proche du gagnant / gagnant.

³⁵ Cf. p.14

2.1.1.3 Mise en place du temps choisi dans un service de médecine

2.1.1.3.1 Présentation du contexte

Le service de médecine spécialisé en endocrinologie du CHU d'Angers a mis en place un mode de gestion dénommé « temps choisi ». Ce service possède un savoir-faire maîtrisé après dix années³⁶ de pratique. Pour cette raison, il était utile de se pencher sur cette expérience qui fait figure de modèle dans le domaine de l'aménagement du temps de travail.

Ce service de 48 lits se divise en deux unités de 24 lits, répartis en HC (30 lits) et en HS (18 lits), aux quelles il faut adjoindre une unité de consultations externes et d'explorations fonctionnelles endocriniennes. Toutes catégories confondues, 53 agents travaillent dans ce service. En terme d'activités, il faut noter que le recrutement se fait à 40 % par les urgences et à 60 % par la consultation en grande partie initié par la médecine libérale.

Partant du principe que les changements apportés les 20 dernières années (de 1970 à 1990) ont largement contribué à sécuriser le fonctionnement³⁷ des unités de soins, force était de constater que ces progrès touchaient une certaine limite au travers du système des horaires fixes et rigides.

Deux indicateurs ont permis de poser la réflexion pour faire évoluer les habitudes ancrées :

- les horaires groupés et uniformes dit « d'équipe » ne sont pas forcément adaptés aux horaires des usagers hospitalisés
 - à noter les turbulences liées aux changements d'équipes
 - les pics de présence ne correspondent pas aux pics d'activités
- les horaires d'équipes ne répondent pas nécessairement aux aspirations du personnel et ne favorisent pas une adaptation à l'imprévu

La réflexion qui a été menée par l'ensemble des acteurs concernés s'est appuyée sur la nécessité de faire coïncider le bien-être du patient avec celui des personnels tout en optimisant le service rendu. Il est à préciser que l'étude et la mise en place du système a recueilli l'adhésion et la participation de l'ensemble du personnel médical et paramédical.

³⁶ introduction du temps choisi en 1992, après étude préalable de 1989 à 1991

³⁷ mise en place de 3 équipes / 24h, nuit de 10 heures, temps de chevauchement élargis

2.1.1.3.2 Caractéristiques du système « temps choisi »

Le système d'horaires en « îlots »³⁸ repose sur un mode de gestion prévisionnel et collectif du temps de travail qui se caractérise par la conjonction des deux éléments suivants :

- une organisation du temps par fonctions (IDE / AS / ASH)
- un profil de présence au travail construit à partir :
 - d'une analyse de la charge de travail déclinée par heure, et par nombre d'heures à assurer par catégorie d'agents
 - d'une réflexion sur les besoins des usagers, tenant compte de leurs habitudes de vie et en respectant leur confort.
 - d'une organisation et d'une planification rigoureuse des tâches.

Des modalités de fonctionnement ont permis d'encadrer et de sécuriser le système. Celui-ci repose sur l'engagement collectif et individuel des acteurs pour respecter les besoins définis et matérialisés par les profils de présence³⁹. Les contraintes horaires (d'équipe) étant abolies, il est demandé au personnel de se positionner dans leur secteur de soins, sur des plages horaires à l'intérieur du profil⁴⁰ minimum sans aller au-delà du maximum autorisé. Par l'utilisation de pions de couleurs, chaque agent répartit son temps hebdomadaire en regard de sa quotité de temps de travail à assurer.

Un animateur, désigné par l'équipe pour une durée de trois mois, coordonne les opérations et a pour mission de tenir le rôle de médiateur et d'arrêter chaque jeudi les prévisions de la semaine suivante. Toutefois pour éviter certaines dérives, il est maintenu une grille de planning définissant en base les zones de matin, de jour ou de soir, ceci pour garder une trame de référence en cas de litiges. En l'absence de l'animateur et de son suppléant ou à leur demande le cadre peut être amené à intervenir.

Les temps travaillés sont comptabilisés en heures et minutes par un système d'enregistrement automatisé grâce à l'utilisation de badges magnétiques. L'agent est à même d'être créancier ou débiteur dans la limite de - 20 et + 40 heures.

Dix années de fonctionnement permettent de fonder une analyse qui met en évidence bien des effets positifs mais aussi des contre-effets à ce système.

³⁸ voir pour explication la notion de « paquebots »

³⁹ Cf. en Annexe 3

⁴⁰ le profil peut être différent en fonction des jours de la semaine

2.1.1.3.3 Présentation des éléments essentiels de l'expérience

<p>Philosophie sous-tendue par le projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asseoir une conception de soins et donner du sens aux soins - Responsabiliser par l'autogestion (animateur) - Susciter le respect et faire confiance
<p>Objectifs à atteindre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins des usagers dans le respect de leurs rythmes et habitudes de vie - Prendre en compte les demandes des agents - Adapter les moyens pour faire face aux pics d'activités - Réduire les effets de l'absentéisme en l'intégrant dans l'organisation (notion de profils minimum, moyen, maximum)
<p>Principes et contraintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Répartir les tâches de manière logique et utile - Déterminer les présences aux travail par heure et par catégorie - Etablir des profils minimum, moyen, et maximum par jour de semaine, le week-end et les jours fériés
<p>Les acteurs concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le personnel des unités de soins <ul style="list-style-type: none"> - 1 cadre supérieur et 2 cadres infirmiers - 20 IDE - 18 AS - 11 ASH - Le personnel administratif <ul style="list-style-type: none"> - 3 secrétaires médicales 1 agent des services intérieurs
<p>Les conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suppression des horaires fixes - Aménagement du temps de travail à la journée et par semaine - Récupération horaire ponctuelle dans le respect des profils
<p>Les principes de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'une charte de fonctionnement qui déterminent des règles de bornage : pas de temps de travail inférieur à 3 h, ni de temps supérieur à 9 h - Respect du badgeage pour le temps de présence au travail
<p>Les modes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion individuelle et collective aux principes établis - Autorégulation par l'intermédiaire d'un animateur désigné par ses pairs - Autogestion des absences prévues et imprévues

2.1.1.3.4 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

Un entretien avec le Cadre Supérieur de ce service a permis de faire le point sur cette expérience qui se doit d'évoluer dans la perspective de la réduction du temps de travail. Deux des trois éléments de la problématique sont particulièrement mis en avant, et contribuent à étayer les hypothèses soulevées.

Le tableau suivant permet de croiser les différentes logiques :

Points de vue par rapport aux :	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Réussir la mise en place d'un outil de gestion et de management du temps à la fois original et expérimental	- Prestations de soins organisée dans le respect des habitudes de vie	- Gestion adaptable aux contraintes personnelles - Equilibre entre la vie personnelle et profession.
Rapport gagnant	+++	+++	+++
Opportunités	- Contrôle de l'absentéisme - Régulation des heures supplémentaires	- Report de l'heure de réveil, service des repas au plus près des heures habituelles	- Présence assurée pour faire face aux pics d'activités
Rapport gagnant	+++	+++	+++
Points sensibles	- Faire admettre le principe de badgeage - Introduction de la notion de temps effectif de travail	- Aucun	- Maintien du principe d'équité - Planification à moyen terme
Rapport gagnant	+	++	++
Points de convergence	- Satisfaction de posséder une expérience originale et intéressante en matière d'adéquation des besoins et des moyens	- Satisfaction d'avoir une prestation de qualité	- Satisfaction de pouvoir répondre à la demande de façon adapté sans effets de surcharge
Rapport gagnant	++	+++	+++
Points opposables	- Expérience non reproduite	- Expérience unique et isolée	- Non-renouvellement des acteurs par défaut d'expériences identiques
Somme	9 +	11 +	11 +

2.1.1.3.5 Synthèse et analyse personnelle

Au regard de ces résultats extrait d'une expérience pour le moins innovante et originale, nous observons une parfaite parité sur les points de convergences. Toutefois il faut noter la perception d'une position homogène sur le risque constitué par l'unicité et la singularité de l'expérience, c'est plutôt contraire aux effets recherchés.

Dans ce contexte, le rapport de force reste toutefois très équilibré :

- la structure est partie prenante dans la mise en place
- les acteurs sont très gagnants dans leurs conditions de travail
- les usagers sont aussi très gagnants au niveau de la prestation des soins.

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle⁴¹, se rapproche de la situation décrite au sein de cette organisation. Un rapport d'équilibre est maintenu. Une représentation graphique prendrait la forme initiale de manière renforcée sur les acteurs et les usagers :

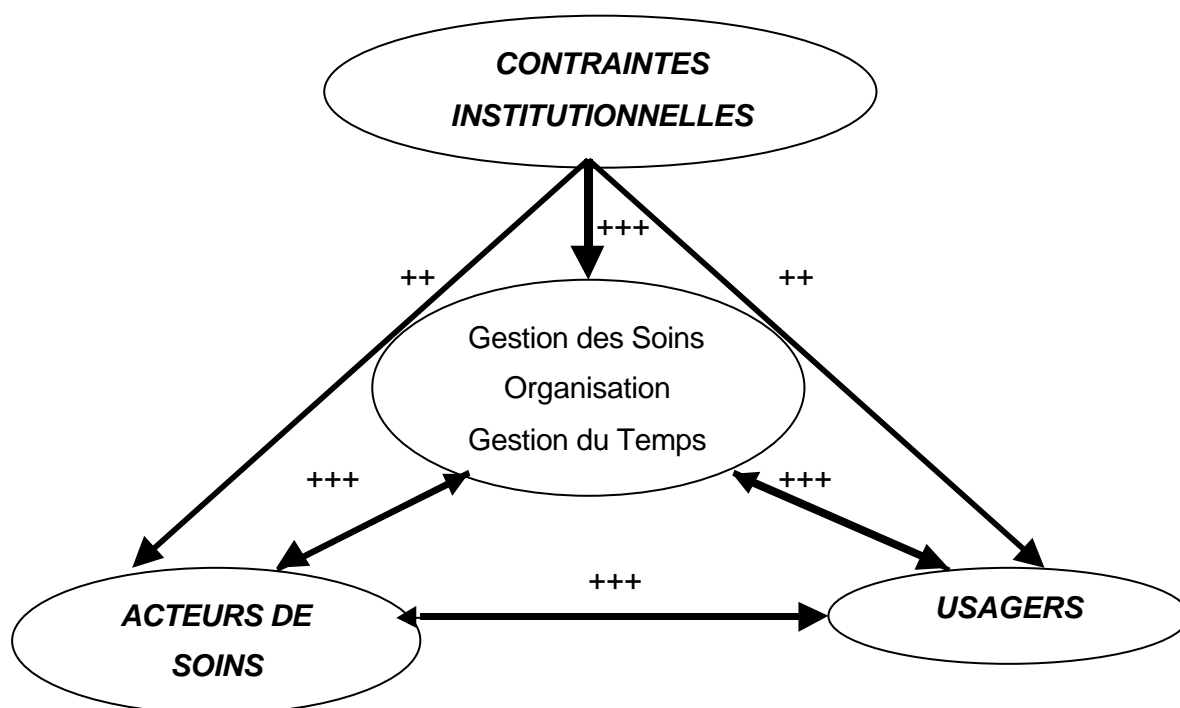


Figure B exemple n°3

⁴¹ Cf. p.14

2.1.2 Expériences d'organisations non postées⁴²

2.1.2.1 Mise en place d'horaires variés dans un pôle de consultations

2.1.2.1.1 Présentation du contexte

Le plateau technique de consultation du département d'ORL du CHM⁴³ a mis en place une organisation adaptée aux besoins médicaux très spécifiques d'un ensemble de spécialités associées.

Six salles de consultations sont à la disposition des consultants et des 9 praticiens hospitaliers pour des vacations au nombre et à durée variables selon les jours de la semaine (de 3 à 6 vacations de 3 heures, + 1 plage horaire libre de 9 heures pour intégrer les urgences).

L'organisation de chaque jour de la semaine a été ciblée en fonction des besoins et des disponibilités des médecins. Le planning infirmier a été découpée au quart d'heure pour coller au plus près des besoins qui peuvent osciller de une à quatre infirmières suivant les moments de la journée. Un déploiement à la carte est ainsi mis en place sur la base d'une organisation d'heures variées et décalées couvrant ainsi une amplitude de 10 heures⁴⁴.

Les points essentiels à mettre en évidence sont les suivants :

- rotation assurée par 6 IDE pour 4,80 ETP
 - 1 à 100%, 2 à 80%, 1 à 75%, 1 à 70%, 1 à 50%, 1 à 25%⁴⁵
- nombre de présences variables suivant les jours de la semaine
 - 5 le lundi, mardi et vendredi / 4 le mercredi et jeudi
- durée journalière variable pour toutes les IDE, temps plein inclus⁴⁶
 - de 5 h minimum à 8 h 45 maximum
 - sur la base de 8 modèles journaliers établis
- arrivées décalées et départs échelonnés
- gestion horaire hebdomadaire variable, ajustée à 6 semaines en fonction de la quotité de temps de travail
- gestion informatisée mais autonome du cadre supérieur sans badgeage

⁴² Organisation à la journée, discontinuée

⁴³ C.H.M. (1200 lits MCO) pôle de consultation regroupant les spécialités O.R.L., stomato, ophtalmo

⁴⁴ Première I.D.E. arrivant à 8 h 30 / dernière I.D.E. partant à 19 h 15

⁴⁵ 25 % de remplacement

⁴⁶ Cf. planning en annexe 4

2.1.2.1.2 Présentation des éléments essentiels de l'expérience

Philosophie sous-tendue par le projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre une organisation autonome et autogérée - Faire confiance et responsabiliser les acteurs - Maintenir l'ouverture et permettre les initiatives constructrices
Objectifs à atteindre en lien avec les missions	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif souple et variable pour répondre et couvrir les besoins du service - Rendre opérationnel ce dispositif en dehors des normes standardisées (du temps de travail) - Réussir l'équation des besoins et des prestations
Les contraintes prises en compte	<ul style="list-style-type: none"> - La cartographie horaire journalière des besoins - Le nombre de modèles journaliers et leur durée - La gestion individualisée de chaque agent - Le besoin de souplesse et de flexibilité
Les acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins, le cadre supérieur infirmier - Les 6 infirmières
Les conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Horaires à la carte adaptés aux besoins et conformes aux souhaits (décalages en lien avec des impératifs personnels) - Durée de travail équitable et équilibrée, autorisant des repos compensateurs de temps aménagé⁴⁷ - Répartition des contraintes sur l'ensemble des IDE, quel que soit leur quotité de temps
Les principes de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie et autorégulation dans le respect des modèles horaires établis - Polyvalence requise entre les différents postes de travail
Les modes de régulation	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du temps de présence à la charge de travail - Utilisation de la marge de manœuvre constituée par l'écart entre le temps requis et le temps de présence défini par le planning

⁴⁷ repos de temps partiel

2.1.2.1.3 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

Les deux entretiens réalisés avec le cadre supérieur du département ont permis de cibler les éléments propres à la problématique posée, et ont été l'occasion de vérifier les hypothèses soulevées.

Le tableau suivant représente le croisement des différentes logiques :

Points de vue par rapport aux	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Structure opérationnelle et modulable - Optimisation des moyens	- Prise en charge rapide et adaptée	- Découpage des horaires adapté et personnalisé - Autonomie
Rapport gagnant	+++	++	+++
Opportunités	- Marges de manoeuvre possibles et utilisables en tant que levier pour la gestion des 35 h	- Bénéficiaire d'une amplitude horaire conforme aux réalités	- Bénéficiaire d'une forme de souplesse - Réguler son temps au sein du cycle
Rapport gagnant	+++	+++	+++
Points sensibles	- Mise en œuvre très personnalisée et personnes dépendantes	- Disponibilité médicale très cadrée et limitée - La prise de Rdv	- Rester disponibles pour répondre aux urgences et aux demandes supplémentaires
Rapport gagnant	+	+ / -	+ / -
Points de convergence	- Répondre et satisfaire la demande de soins	- Accueil et service apprécié en regard des souhaits	- Exercice dans un environnement favorable pour l'équilibre personnel et professionnel
Rapport gagnant	+++	++	+++
Points opposables	- Service limité aux jours ouvrables	- Devoir se conformer au dispositif	- Développement limité par la réglementation

Somme	9 +	7 +	9 +
--------------	------------	------------	------------

2.1.2.1.4 Synthèse et analyse personnelle

Au regard de ces observations, nous mettons en évidence une homogénéité sur les points de convergences et des limites sur des points opposables.

Le rapport de force est sensiblement égal.

- la structure est gagnante dans l'exploitation des moyens
- les acteurs sont gagnants dans un système développé à partir de leurs souhaits
- les usagers bénéficient d'un service optimisé à leur usage

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle⁴⁸, est proche de la situation décrite au sein de cette organisation, avec un rapport plutôt favorable à l'institution et à ses acteurs. Une représentation graphique épouserait le modèle initial, avec les limites provenant des points sensibles évoqués.

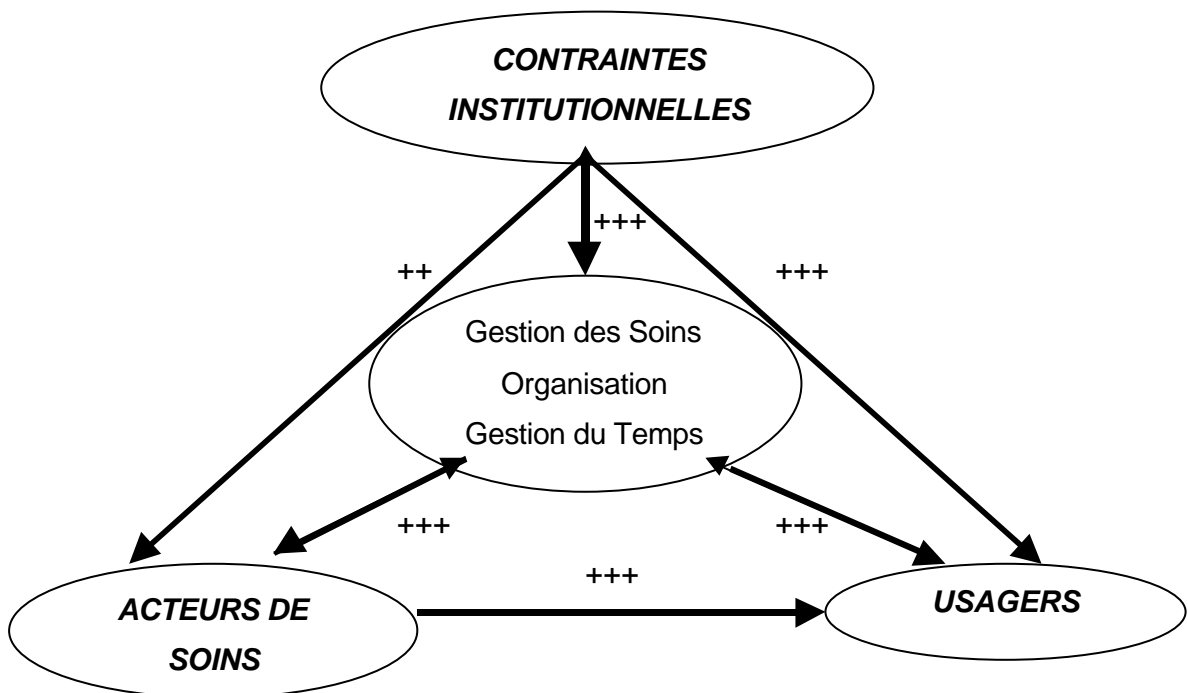


Figure B exemple n°4

⁴⁸ Cf. p.14

2.1.2.2 Mise en place d'horaires décalés sur un office central

2.1.2.2.1 *Présentation du contexte*

L'expérience vécue dans cette unité mérite d'être relatée pour le côté anticipatoire de la démarche. Mise en place en 1994, cette unité logistique a la caractéristique d'intégrer de nouveaux concepts en matière de prestations hôtelières.

L'équipe d'aides hôtelières est constituée de sept aides-soignantes, pour 6,80 EQTP⁴⁹. Cette dernière assure l'ensemble des prestations alimentaires pour les quatre unités de soins de l'étage, couvrant ainsi 110 lits de deux services différents. La mutualisation des moyens entre ces deux services a été la première condition à réaliser avant d'engager la phase d'organisation proprement dite.

Les changements initiés touchaient profondément le rôle et les fonctions habituellement attribués et dévolues aux officières. D'un poste de travail individualisé par unité, il était demandé un travail d'équipe par la mise en place de quatre postes fonctionnels interdépendants et complémentaires.

Ces derniers⁵⁰ ont été déterminés en regard des besoins qui étaient variables au cours de la journée.

Les caractéristiques sont les suivantes :

- l'amplitude journalière nécessaire de 7h à 20h
- présence variable de 1 à 4 personnes sur des plages horaires déterminées
- présence de zones de chevauchement entre les quatre postes
- intégration des contraintes logistiques (heures de commande et de réception)
- prise en compte d'un temps de communication avec les équipes de soins

Cette organisation en horaires décalés représentait des éléments prédictifs⁵¹ en matière de gestion de temps. De plus celle-ci restait très ouverte par rapport à des aménagements à introduire que ce soit par obligation ou sur demande des agents.

⁴⁹ Equivalent Temps Plein

⁵⁰ Cf. descriptif en annexe 6

⁵¹ Informatisation possible à terme

2.1.2.2.2 Présentation des éléments essentiels de l'expérience

<p>Philosophie sous-tendue par le projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliser le groupe - Rendre le poste de travail attractif
<p>Objectifs à atteindre en lien avec les missions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter au plus près la prestation de la demande - Appliquer les normes de la réglementation en matière de restauration - Rendre l'équipe autonome dans son fonctionnement - Solidariser le groupe (équipe commune) - Uniformiser les pratiques
<p>Les contraintes prises en compte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux contraintes liées à la logistique et les prendre en compte (méthode et impératifs liés à la commande)
<p>Les acteurs concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 7 aides hôtelières quel que soit leur service d'affectation sont associées au sein d'une même équipe et sont polyvalentes sur les quatre secteurs
<p>Les conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Horaires postés et décalés sur la journée⁵² - Grille de roulement établie sur 7 semaines - Autogestion des remplacements intégrée sur 1 semaine
<p>Les principes de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les consignes décrites dans le poste de travail admettre la polyvalence géographique - Veiller à respecter la rotation par rapport aux postes de travail
<p>Les modes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Régulation sur des principes communs (valeurs) - Régulation par une marche de manoeuvre laissant place à l'initiative

⁵² Voir descriptif en annexe 6

2.1.2.2.3 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

Un entretien avec le Cadre Supérieur de l'un des deux services concernés a permis de centrer l'échange sur les éléments propres à la problématique posée et de rechercher les arguments pour étayer les hypothèses soulevées.

Le tableau suivant représente le croisement des différentes logiques :

Points de vue par rapport aux	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Réussir la mise en place de la nouvelle organisation initiée par l'U.P.C. ⁵³ - Respect des horaires	- Commande individualisée la veille pour le lendemain - Respect des souhaits et habitudes	- Réussir à mener de front l'organisation interne des unités et les contraintes externes
Rapport gagnant	+++	+++	+ / -
Opportunités	- Mise en place de la gestion informatisée des commandes des repas	- Heures de repas plus adaptées aux habitudes de vie	- Maîtriser un outil de commande informatique
Rapport gagnant	+++	+	+++
Points sensibles	- Respect des engagements liés à la prestation de service - Procédure dégradée en cas de panne informatique	- Adaptation aux nouvelles normes de la cuisine collective (présentation, goût)	- Elargissement de l'amplitude horaire - Pénibilité du poste du soir (12 h / 20 h)
Rapport gagnant	+ / -	+ / -	+ / -
Points de convergence	- Satisfaction du client au niveau de la prestation	- Bénéficier d'un instant de plaisir	- Satisfaction du malade (service rendu)
Rapport gagnant	+++	+++	+++
Points opposables	Réussir l'équation « qualité de service et cuisine de qualité »	Réduire les contraintes liées à l'environnement	Réunir les conditions nécessaires pour donner satisfaction
Somme	9 +	7 +	6 +

⁵³ Unité de Production Culinaire

2.1.2.2.4 Synthèse et analyse personnelle

Au regard de ces résultats, nous observons une forte dominante sur les points de convergences et des positions très nuancées sur les points divergents ou opposables.

Le rapport de force est limité par rapport à l'équilibre recherché :

- la structure s'engage dans un processus de qualité
- les acteurs trouvent des compensations en étant responsabilisés et valorisés
- les usagers sont gagnants au niveau de la prestation alimentaire⁵⁴

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle⁵⁵, est proche du modèle proposé, avec toutefois la nuance plus forte exercée par l'organisation sur les acteurs :

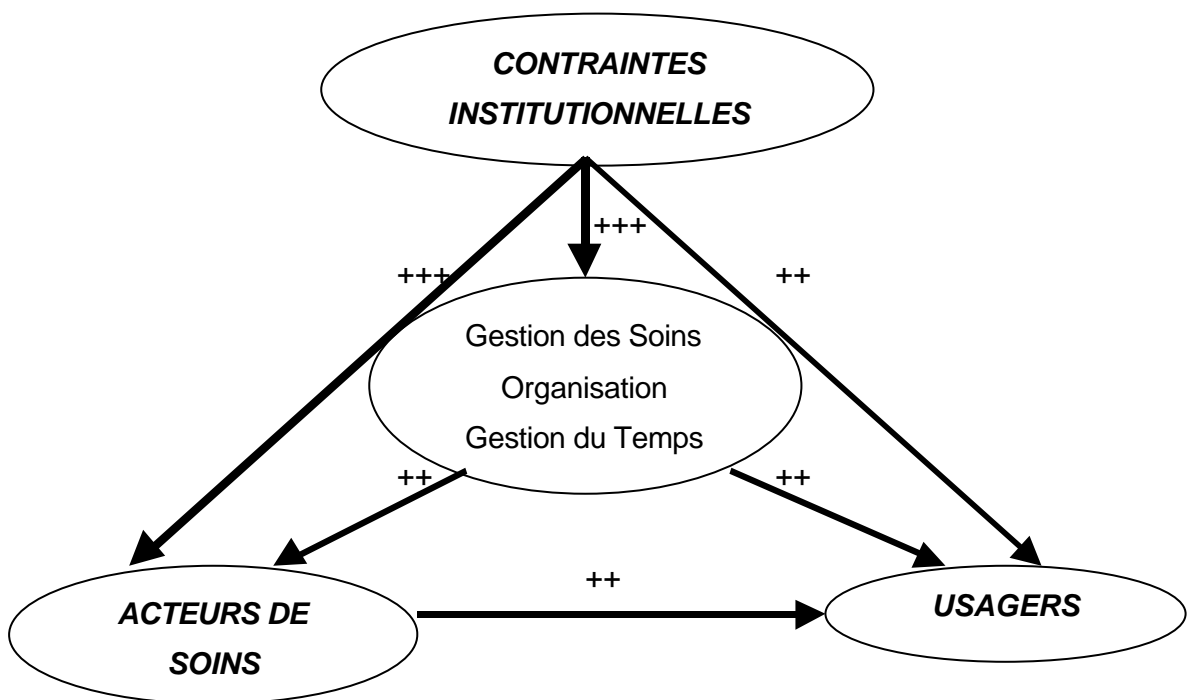


Figure B exemple n°5

Une situation d'équilibre est toutefois entrevue grâce aux conditions de travail provenant d'un environnement particulier.

⁵⁴ Constat relevé dans la dernière enquête de satisfaction

⁵⁵ Cf. P.14

2.1.2.3 Mise en place d'horaires variables dans un bloc opératoire

2.1.2.3.1 *Présentation du contexte*

Le bloc opératoire est un environnement très particulier en regard de contraintes techniques et d'organisations très spécifiques. C'est un espace clos qui génère des mécanismes de fonctionnement réglés et organisés, mais aussi des modes de relations très développées en raison de l'effet « microcosme »

La difficulté majeure d'un bloc opératoire repose sur l'exigence de mettre en phase une organisation la plus synchrone possible entre tous les acteurs du système. Le temps des chirurgiens, des médecins anesthésistes, des infirmières spécialisées est compté. Par ailleurs pour des raisons de coût (investissement et exploitation) il est souhaitable de tendre vers une occupation maximale du plateau technique interventionnel. Par conséquent, des innovations en matière de gestion du temps sont nécessaires pour répondre aux exigences des uns et des autres.

L'expérience analysée a pour cadre un bloc de spécialité regroupant la chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique et la neurochirurgie⁵⁶ qui forme un ensemble commun constitué de six salles polyvalentes⁵⁷ pour les trois spécialités. Si l'ensemble de l'équipe A.S. (9 postes) se déploient sur l'ensemble du bloc, l'équipe infirmière est organisée en deux pôles distincts, le pôle cardiovasculaire (9 postes IBODE⁵⁸) et la neurochirurgie (7,50 IBODE).

Un mode de gestion en horaires variables informatisés a été proposé à titre d'expérience pilote pour tester la faisabilité sur ce type de service. L'équipe d'aides-soignantes s'est portée volontaire pour tester cette nouvelle pratique, ainsi que l'équipe infirmière du pôle de neurochirurgie. La période test s'est déroulée sur six mois en 2001.

Une réflexion s'est engagée sur les horaires existants, d'autant plus que la consigne institutionnelle était d'informatiser les pratiques en cours. Toutefois une ouverture était offerte sous la forme de l'introduction d'une variabilité limitée à 20' pour la période de l'essai.

⁵⁶ Hôpital Larrey CHU Angers

⁵⁷ Hormis une, réservée à la chirurgie cardiaque

⁵⁸ Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

Après trois mois de test, compte tenu des flux irréguliers de l'activité chirurgicale en période estivale, il a été proposé d'élargir la zone variable pour s'orienter vers un dispositif qui soit plus flexible en fonction des circonstances. Ce glissement en matière d'orientation et de réglementation était conditionné par la pratique du badgeage pour répondre aux normes de gestion horaire.

Une autorégulation sans contraintes s'est développée dans un cadre de gestion qui pouvait être rigide et très enfermant à la fois si les agents l'avaient suivi au pied de la lettre. En effet, le temps d'occupation des salles d'intervention dans les spécialités concernées est loin d'être linéaire et invariable. La présence des agents au travail s'est calquée de manière très naturelle sur celle des besoins à couvrir.

En effet des conséquences et des pratiques inhabituelles ont été observées :

- des départs variables plutôt anticipés (de 15' à plus de 3 heures)
- des départs tardifs conditionnés et justifiables
- des décalages d'heures autorisés la veille pour le lendemain en fonction du programme
- une tendance à récupérer les heures d'astreintes plus rapidement sans cumul d'heures
- peu de temps supplémentaire relevé
- une gestion organisée des interventions de longue durée⁵⁹
- une gestion des temps de pause et de repas prise en compte et régulée par roulement

L'organisation d'un bloc opératoire reposant sur des principes de gestion souple et flexible à la fois permet de réunir de manière ponctuelle l'équation des besoins et des moyens. Toutefois la philosophie prônée conjuguée aux aléas et aux bonnes volontés des acteurs concernés pose des problématiques et des difficultés nouvelles qu'il faut savoir appréhender.

⁵⁹ Exemple du neurinôme de l'acoustique : 12 heures en moyenne

2.1.2.3.2 Présentation des éléments essentiels de l'expérience

<p>Philosophie sous-tendue par le projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliser les agents dans la gestion de leur temps - Laisser le libre choix de récupérer du temps ou de prolonger son temps de présence si nécessaire - Faire confiance et se donner du temps
<p>Objectifs à atteindre en lien avec les missions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer le temps agents au plus près des besoins - Déployer des moyens en cas de sur-effectifs en favorisant la mobilité entre secteurs
<p>Les contraintes prises en compte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se conformer à l'obligation de badger - Intégrer plus de rigueur dans la gestion du temps, en limitant les temps indus (poses répétées) - Savoir être souple en cas de besoins
<p>Les acteurs concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre infirmier du bloc - Les 9 aides-soignants du bloc commun - Les 8 infirmières du pôle Neurochirurgie
<p>Les conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cf. descriptif de l'organisation et du roulement⁶⁰ - Variabilité et décalage des horaires, dans une amplitude maximale de 7 h 30 à 19 h - Temps d'habillage et de repos inclus dans le temps travaillé
<p>Les principes de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorégulation sur les postes de travail, et sur la répartition des astreintes - Autogestion en fonction de la programmation
<p>Les modes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individuelle avec le cadre pour valider - Collective pour maintenir la cohésion de l'équipe avec le cadre comme médiateur

⁶⁰ Cf. Annexe 7, planning IBODE

2.1.2.3.3 Relevé établi en fonction des déterminants de l'hypothèse

Un entretien avec le cadre responsable du bloc opératoire a permis de cibler sur les éléments de la problématique, et d'amener des arguments qui valident les hypothèses avancées.

Le tableau suivant représente le croisement des différentes logiques :

Points de vue par rapport aux	INTERETS INSTITUTIONNELS	INTERETS DES USAGERS	INTERETS DES AGENTS
Points clés	- Optimiser la structure et ses moyens - Produire du point ISA ⁶¹	- Respect de la programmation et des conditions annoncées	- Gestion souple au bénéfice de la gestion de son temps personnel
Rapport gagnant	+++	++	++
Opportunités	- Introduire un mode de gestion permettant d'anticiper le passage aux 35 h à moyens constants - Réduction de l'absentéisme	- Engagement personnalisé et contractualisé dans un rapport de confiance	- Aménagement de son temps de travail en rapport avec des contraintes personnelles - Autogestion du temps
Rapport gagnant	+++	+++	++
Points sensibles	- Perte de temps par défaut de coordination entre les acteurs	- Souhaits non pris en compte - Délais d'attente	- Organisation à la carte, pas forcément attractive - Nécessité d'optimiser son temps de présence
Rapport gagnant	+	- / -	+
Points de convergence	Satisfaction d'avoir rempli sa mission	Satisfaction de la prestation offerte	Satisfaction de répondre à la demande
Rapport gagnant	++	++	++
Points opposables	Gestion financière et productivité	Exigence de qualité et service rendu	Intérêt personnel et professionnel
Somme	7 +	5 +	7 +

⁶¹ Donnée d'activité médicale chiffrée : Indice Statistique d'Activité

2.1.2.3.4 Synthèse et analyse personnelle

Au regard de ces résultats obtenus, nous observons une relative parité sur les points de convergences, par contre des positions très marquées sur les points opposables.

Le rapport de force est plutôt équilibré:

- la structure est guidée par la nécessité d'optimiser ses moyens
- les acteurs sont nettement gagnants dans la mesure où ils optent pour l'intérêt commun, en acceptant le principe de flexibilité
- les usagers sont aussi gagnants au travers des garanties offertes pour une relation de confiance et de qualité par rapport aux engagements pris.

Le schéma proposé dans l'analyse conceptuelle⁶² est plutôt conforme à la situation décrite au sein de cette organisation, l'équilibre est maintenu malgré la forte pression qui s'exerce sur l'utilisateur. La représentation graphique prend la forme suivante :

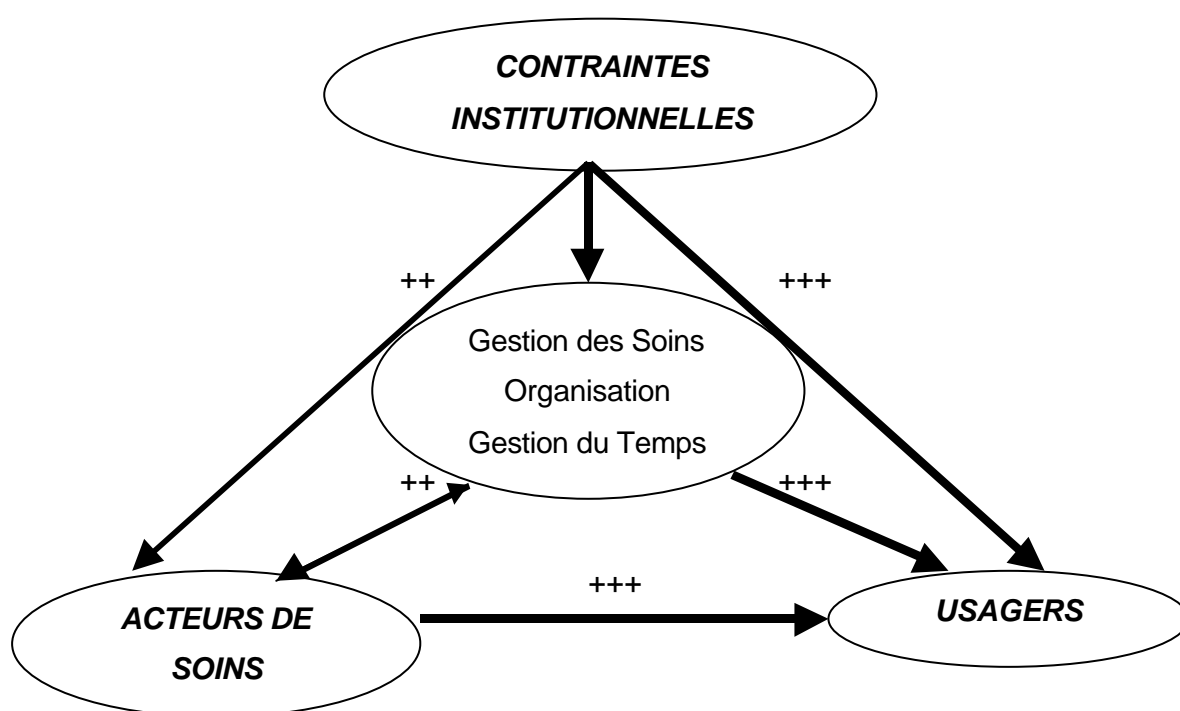


Figure B exemple n°6

⁶² Cf. p.14

2.2 ANALYSE COMPARATIVE

2.2.1 Les principes communs mis en évidence

Après réflexion et analyse des six expériences décrites, il est possible de dégager plusieurs principes communs à tous ces exemples.

Le premier repose sur des **valeurs** admises et recherchées par l'ensemble des acteurs concernés. Faire confiance, responsabiliser les agents dans le respect de chacun et dans l'esprit de préserver l'équité entre tous, tels sont les postulats de référence communs à tous les exemples choisis.

Le second se développe à partir des **objectifs** poursuivis ou à atteindre. En effet, la recherche de l'adéquation des moyens et des besoins dans un but d'optimisation constitue un dénominateur commun aux six expériences retenues. Par ailleurs, cette situation résulte d'une analyse portée par une remise en cause du système antérieur qui ne correspond plus aux exigences du moment.

Un troisième principe peut être mis en exergue au fil des expériences relatées. La **participation active et volontaire** des acteurs contribue fortement à la réussite du projet développé. Celle-ci est bien souvent fonction du taux d'implication personnel et collectif qui anticipe en quelque sorte du succès à venir.

Un quatrième principe émane d'une réflexion de portée générale qui s'impose à toutes les expériences présentées et qui touche au temps et aux conditions de préparations avant la mise en œuvre. En effet il est nécessaire de « **donner du temps au temps** », et d'asseoir fermement les bases réglementaires de fonctionnement pour préserver ses chances de succès.

Enfin un dernier principe et non des moindres peut être avancé, il repose sur des aspirations fondamentales communes entre l'institution, les usagers et les acteurs. La recherche de **l'intérêt général** d'une part dans un souci de **cohérence** d'autre part, permet d'établir des liens convergents entre les trois logiques sans se focaliser sur les points de divergences pour autant.

2.2.2 Les résultats obtenus

2.2.2.1 Du côté institutionnel

Résultats comparés à partir de mots clés, et mise en évidence des points communs du point de vue institutionnel

	Expérience N° 1	Expérience N° 2	Expérience N° 3	Expérience N° 4	Expérience N° 5	Expérience N° 6
Type	Service de chirurgie	Service de médecine	Service de médecine	Consultations	Office central	Bloc opératoire
Nature	<i>Horaires informatisés</i>	<i>Gestion postée</i>	<i>Le temps choisi</i>	<i>horaires variés</i>	<i>Horaires décalés</i>	<i>Horaires variables</i>
Points clés	Réussite d'un projet	Optimisation des moyens	Réussite d'un projet	Optimisation des moyens	Harmonie de fonctionnement	Optimisation des moyens
Opportunités	Anticipation des 35 h	Evolution de la structure de soins	Régulation du temps	Anticipation des 35 h	Evolution du fonctionnement	Anticipation des 35h
Points sensibles	Admettre le badgeage	Adaptation des moyens	Admettre le badgeage	Complexité de l'organisation	Respect de la procédure	Défaut de coordination
Points de convergence	Volonté d'ouverture	Atteinte des objectifs	Adéquation des besoins et des moyens	Répondre aux besoins	Répondre aux besoins	Répondre aux besoins
Points opposables	Gestion comptable	Aucun	Expérience isolée	Organisation restreinte	Objectifs de qualité	Rapport qualité / coût
Menaces	Conflits Pas de droit à l'erreur	Résistances	Immobilisme lié au caractère singulier de l'expérience	Personne dépendante	Résistances	Personne dépendante

2.2.2.2 Du côté des usagers

Résultats comparés à partir de mots clés, et mise en évidence des points communs du point de vue des usagers

	Expérience N° 1	Expérience N° 2	Expérience N° 3	Expérience N° 4	Expérience N° 5	Expérience N° 6
Type	Service de chirurgie	Service de médecine	Service de médecine	Consultations	Office central	Bloc opératoire
Nature	<i>Horaires informatisés</i>	<i>Gestion postée</i>	<i>Le temps choisi</i>	<i>Horaires variés</i>	<i>Horaires décalés</i>	<i>Horaires variables</i>
Points clés	Qualité et réactivité	Qualité et qualification	Respect des habitudes de vie	Réactivité	Respect des habitudes de vie	Respect de la programmation
Opportunités	Recherche du rapport gagnant	Amélioration des conditions d'accueil	Amélioration des conditions de vie	Amélioration de l'offre de soins	Amélioration de la prestation hôtelière	Amélioration de la prise en charge
Points sensibles	réactivité à la demande de soins	Réactivité à la demande de soins	Aucun	Disponibilité médicale	Normes sécuritaires	Défaut de réactivité délais d'attente
Points de convergence	Intérêts communs	Satisfaction	Satisfaction	Satisfaction de la prestation	Satisfaction de la prestation	Satisfaction de la prestation
Points opposables	Gestion comptable	Aucun	Expérience unique	Dispositif restreint	Adaptation aux normes de qualité	Exigences par rapport aux normes de qualité
Menaces	Insatisfaction en cas de non-réactivité	Aucune	Insatisfaction par rapport aux conditions des autres services	Aucune	Interactions psychologiques	Maintien du niveau de prestation au meilleur coût

2.2.2.3 Du côté des agents

Résultats comparés à partir de mots clés, et mise en évidence des points communs du point de vue des agents

	Expérience N° 1	Expérience N° 2	Expérience N° 3	Expérience N° 4	Expérience N° 5	Expérience N° 6
Type	Service de chirurgie	Service de médecine	Service de médecine	Consultations	Office central	Bloc opératoire
Nature	<i>Horaires informatisés</i>	<i>Gestion postée</i>	<i>Le temps choisi</i>	<i>Horaires variés</i>	<i>Horaires décalés</i>	<i>Horaires variables</i>
Points clés	Autonomie de gestion	Recentrer sur son rôle et sa fonction	Intégrer les contraintes professionnelles	Intégration des contraintes institution.	Adaptation aux contraintes institution.	Gestion souple pour répondre aux besoins
Opportunités	Changer les habitudes	Amélioration des conditions de travail	Faire face aux pics d'activités	Bénéficiaire d'une forme de souplesse	Bénéficiaire d'outil de gestion	Autonomie de gestion
Points sensibles	Notion de contrôle	S'adapter aux changements	Maintenir l'équité	Rester disponible	S'adapter aux changements	Se rendre disponible
Points de convergence	Volonté et implication personnelle	Volonté d'évoluer	Satisfaction de pouvoir répondre aux besoins	Exercer dans un cadre favorable	Satisfaction de pouvoir répondre aux besoins	Satisfaction de pouvoir répondre aux besoins
Points opposables	Quantité de temps et qualité de travail	Aucun	Expérience non développée	Développement limité par la réglementation	Réduire les contraintes de l'environnement	Intérêts personnels et professionnels
Menaces	Baisse de la qualité	Pertes de repères et déstabilisation	Risque de non mobilité	Personne dépendante	Personne dépendante	Personne dépendante

2.2.3 Le rapport des forces en présences

Si l'on reprend les différentes synthèses réalisées après analyse de chaque expérience⁶³, et conformément au tableau récapitulatif⁶⁴, nous pouvons établir les constats suivants :

↳ Dans le premier cas (informatisation des horaires dans un service de chirurgie), nous avons constaté un rapport de force passablement inégal :

- la structure l'emporte sur les acteurs qui recherchent dans le dispositif un rapport qui soit gagnant, les usagers restant quelque peu à l'écart.

↳ Dans le deuxième cas (réorganisation postée d'un service de médecine), le rapport de force est équilibré :

- la structure, les acteurs par leur implication et les usagers sont bénéficiaires et rentrent dans un rapport gagnant.

↳ Dans le troisième cas (expérience de temps choisi dans un service de médecine), le rapport de force reste non seulement équilibré, mais se trouve renforcé :

- la structure est partie prenante, les acteurs sont gagnant dans leurs conditions de travail, ainsi que les usagers au niveau des soins.

↳ Dans le quatrième exemple (organisation d'un pôle de consultation), le rapport de force est équilibré :

- la structure optimise ses moyens, les souhaits des acteurs sont satisfaits, et les usagers bénéficient d'une structure organisée pour eux.

↳ Dans le cinquième cas (organisation d'un office central en horaires décalés), le rapport de force est à la limite de l'équilibre recherché :

- la structure cible le processus de qualité, les acteurs s'adaptent grâce à des compensations, et les usagers trouvent une certaine satisfaction au niveau de la prestation alimentaire.

↳ Dans le sixième et dernier cas (organisation d'un bloc opératoire avec pratique des horaires variables), le rapport de force reste plutôt équilibré :

- la structure optimise ses moyens, les acteurs s'adaptent dans l'intérêt commun, et les usagers apprécient les engagements pris et le rapport de confiance établi.

⁶³ ex n° 1 p. 22, ex n° 2 p. 26, ex n° 3 p. 32, ex n° 4 p. 36, ex n° 5 p. 40, ex n° 6 p. 45

⁶⁴ Cf. annexe 5

2.3 ANALYSE CRITIQUE ET STRATEGIQUE

2.3.1 Les contraintes

Les contraintes évoquées au cours de la présentation des six expériences sont à classer dans trois domaines :

2.3.1.1 Le cadre réglementaire

Compte tenu de l'actualité, dans le cadre de la réduction du temps de travail⁶⁵ applicable au 01/01/2002 et qui doit se mettre en place dans les deux années à venir, l'aspect réglementaire pèse de tout son poids dans la gestion du temps au sein des organisations déjà arrêtées ou à redéfinir.

Pour la majorité d'entre elles (parmi les six exemples cités) le passage sera plus aisé dans la mesure où l'organisation nouvelle prédisposait à une forme d'anticipation. C'est le cas des structures qui ont fait le choix d'informatiser les horaires travaillés ou d'intégrer une forme de souplesse en se garantissant des marges de manœuvre⁶⁶. L'effort consenti dans la restructuration des organisations, portant sur les postes de travail, les modalités de fonctionnement et les conditions d'exercice du temps travaillé sera d'autant plus bénéfique pour ces services qu'il sera obligatoire pour les autres dans un délai réduit pour mettre en place la R.T.T.

Toutefois, il faut préciser que le dispositif réglementaire défini dans le décret 2002-9 constitue en soi un frein aux innovations qui ne rentrent pas dans ce cadre. Quelques particularités de l'organisation du pôle de consultation de chirurgie⁶⁷ ne sont plus réglementaires et devront s'intégrer dans des négociations particulières lors des accords locaux. Il en est de même pour des organisations ouvertes aux horaires variables⁶⁸ qui seront obligées de se réguler au sein d'un cycle de travail sans pouvoir exploiter autant que faire se peut les fluctuations d'activité.

Enfin, il ne faut pas occulter le management de la gestion du temps exercé par les cadres. Au travers de ces contraintes ceux-ci possèdent moins de leviers de manœuvre et leur « monnaie d'échange » s'est réduite comme une peau de chagrin.

⁶⁵ décret 2002-9 du 4 Janvier 2002

⁶⁶ Cf. exemples 1, 2, 5, (p. 18 / p. 23 / p. 37)

⁶⁷ Cf. exemple 4 (p. 33)

⁶⁸ Cf. exemple 6 (p. 41)

2.3.1.2 Le contexte particulier

Comme il est précisé en première partie⁶⁹, l'environnement hospitalier se caractérise par un ensemble complexe constitué de sous-ensembles particuliers et spécifiques. Les expériences décrites confirment la diversité de traitement qui peuvent s'appliquer dans ce milieu. Par ailleurs, compte tenu de la nécessité de posséder la vision globale du système, avant de modifier la moindre organisation, il paraît difficile de rationaliser un mode de fonctionnement unique et universel.

Les exemples pris au sein de structures différentes prouvent que le traitement d'unités postées ne s'opère pas de la même façon que celles non-postées. Ce constat confirme le point de vue énoncé dans la problématique quant à la forme opérationnelle à donner au projet.

2.3.1.3 L'implication des acteurs

Dans la gestion d'un projet aussi sensible, la prise en compte des acteurs concernés constitue un impératif majeur qui, dans certain cas, peut apparaître comme une contrainte.

Le degré d'investissement, d'implication individuelle et collective dépend en retour de la réussite du projet. Le premier exemple portant sur la mise en place de la gestion informatisée est éloquent dans ce domaine. En effet, ce projet initié par la direction dans le but de mettre en place un outil de gestion comptable du temps de travail, n'a trouvé d'écho auprès du personnel que par l'introduction de « zones temps » variables. Sans cette mesure sollicitée par une majorité, le projet n'aurait pas bénéficié de la même ferveur dans son déploiement.

Dans un autre registre l'expérience de temps choisi décrite peut être considérée comme un cas d'école. L'ensemble du personnel s'est mobilisé pour construire et redéfinir leur organisation, en s'impliquant dans une remise en cause totale de leurs façons de travailler, tant au niveau de la conception que de la réalisation.

⁶⁹ Cf. p. 5

2.3.2 Les enjeux

2.3.2.1 Pour l'institution

Les impératifs réglementaires obligent les institutions à se mettre en conformité rapidement, dans un délais de trois ans au plus tard.

Les conditions techniques de mise en œuvre de la RTT sur le plan purement comptable entraînent celles-ci dans des choix d'outils et de modalités de gestion. Au-delà de ces aspects techniques se posent des enjeux financiers qu'il convient de regarder de près. Il est nécessaire de juger de leur opportunité en termes de rapport coût / bénéfice.

Par ailleurs dans une informatisation des horaires, le décompte temps géré par le badgeage constitue un élément clé qui nécessite une approche particulière. En effet, les expériences vécues dans plusieurs établissements mettent en évidence des difficultés au démarrage du projet, avec des effets négatifs dans un premier temps, les effets positifs n'apparaissant qu'à moyen terme, voire à long terme. Le temps fait malheureusement défaut dans un domaine où il conviendrait de donner du temps au temps !

Bien entendu les expériences de restructuration introduisant des aménagement de temps constituent un avantage dans l'approche de la réduction du temps de travail. En effet dans l'ensemble des exemples cités, les modalités de gestion instaurées se révèlent être une opportunité pour la mise en place de la R.T.T. C'est un enjeu majeur dans l'ajustement des effectifs qui portera uniquement sur le nombre de jours négociés dans l'accord local.⁷⁰

Enfin l'approche et la gestion des rapports humains dans le cadre des réorganisations sans parler des négociations spécifiques de la R.T.T., représente un enjeu essentiel pour la vie institutionnelle.

2.3.2.2 Pour les usagers

Au cours des expériences présentées, les usagers sont plutôt gagnants avec toutefois quelques différences.

Dans l'exemple du temps choisi et de la réorganisation postée du service de médecine l'utilisateur a été placé au centre du dispositif. Les choix en matière d'organisation sont partis d'une étude de besoins pour déterminer les moyens à mettre en œuvre.

⁷⁰ exemple : 15 jours dans le cas d'une durée quotidienne de travail de 7h30

Il en est de même pour les modalités d'organisation du bloc opératoire qui permettent d'optimiser au mieux les prestations dans le but de réduire les délais d'attente.

Par ailleurs dans le cadre de l'exemple portant sur l'informatisation des horaires, la notion de variabilité doit être contrôlée au plus près pour ne pas être préjudiciable aux hospitalisés. En effet un système complètement débridé générerait rapidement des débordements au détriment des usagers, d'où l'intérêt d'établir des règles de fonctionnement claires et applicables.

D'une manière générale, les usagers restent au centre des préoccupations de l'ensemble des acteurs oeuvrant au sein de l'institution. Les enjeux se portent surtout sur la nature des prestations données en terme de qualité.

2.3.2.3 Pour les agents

Dans les différentes expériences étudiées, les agents sont au ~~cor~~ cœur du système, ils font l'objet d'une attention particulière dans la mesure où le changement les implique directement.

Le premier enjeu pour eux repose sur l'adaptation aux nouvelles conditions de travail avec en toile de fond la recherche d'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle. Toutefois au regard des exemples analysés, même si les rapports de la vie au travail ont changé, il n'est pas certain que les intérêts personnels prévalent sur les intérêts professionnels.

Un second enjeu fait suite au premier qui induit la satisfaction au travail. Cet aspect est essentiel en tant qu'indicateur pour remédier à l'absentéisme contextuel.

Pour la majorité des cas étudiés, le rapport gagnant est présent. Les dispositifs mis en place ont permis d'exploiter leur participation active. En tant que force de proposition, ils sont allés, dans certains cas, au-delà de ce qui était recherché et admis.

Partant de ce constat, il est permis d'avancer que le fait de valoriser et de considérer les acteurs, constitue en amont un enjeu beaucoup plus fort que celui qui porte uniquement sur la réalisation concrète de leurs souhaits. Préserver les valeurs qui sous-tendent les actions permet de donner du sens à celles-ci.

TROISIEME PARTIE

PROPOSITIONS

D' ACTIONS

3 - PROPOSITIONS D' ACTIONS

3.1 LE CADRE DE L' ACTION

Le dispositif RTT du passage de la semaine de 39 h à celle de 35 h entraîne une diminution théorique du temps de travail de 10,25%⁷¹. La solution simple et idéale dans l'application de celui-ci aurait été de compenser à l'équivalence, solution inenvisageable car trop coûteuse. Par conséquent le dispositif réglementaire RTT porte non seulement sur la réduction du temps de travail mais aussi prévoit son aménagement et son organisation modifiée⁷².

Au reste, réorganisation et aménagement ne recouvrent pas les mêmes réalités. Il est difficile d'aménager le temps, si l'on n'a pas auparavant modifié l'organisation de travail, alors que l'inverse est possible. Les exemples analysés dans la deuxième partie l'ont démontré, confirmant ainsi l'hypothèse de départ.

L'application du dispositif au 1^{er} janvier 2002 avec toutefois la possibilité de le déployer sur trois années (01/01/2005), permet d'entrevoir un développement progressif même si le délai imparti semble bien court pour réussir dans un domaine que l'on n'a pas su investir par anticipation.

Dans ce cadre d'action, le Directeur des soins se trouve largement associé et doit collaborer au projet initié par le Directeur d'établissement et par le Directeur des ressources humaines. Le développement du dispositif repose sur des positions communes en matières d'orientations et de décisions à prendre.

3.1.1 Orientations à donner sur le plan décisionnel

Comme le préconise Jean Claude CAZENAVE⁷³, il est indispensable de réorganiser le travail, avant d'en aménager le temps.

3.1.1.1 Orientations pour réorganiser

- au niveau des services
- au niveau de l'établissement

⁷¹ $(4h \times 100) / 39 = - 10,25 \%$

⁷² OARTT : Organisation Aménagement Réduction du Temps de Travail

Au niveau du service, la réorganisation repose sur des notions quantitatives mais aussi qualitatives. Il faut en effet admettre que le fonctionnement d'un service est loin d'être optimal. En outre la recherche d'un optimum possible est un moyen de conjuguer à la fois des éléments de productions évalués tant sur le plan de la durée que sur le plan de la qualité produite.

Certes, c'est en quelque sorte s'engager dans une chasse au gaspillage, en remettant en cause de façon systématique sa journée de travail, en faisant le tri de ce qui est conforme, utile, améliorabile et modifiable au sein de l'organisation existante. C'est la démarche suivie par le service de médecine qui a redéfini son organisation postée⁷⁴. L'objectif à poursuivre est de détecter les niches de productivité qui seront contributives à une redistribution des données jusque là établies⁷⁵.

Au niveau de l'institution, la réorganisation n'est pas aisée essentiellement en raison de son hétérogénéité structurelle. L'individualisme des services développé au long des années, matérialisé par une appropriation de territoire, de lits, de personnel, et de malades ne contribue pas au rapprochement des idées et des conceptions qui prônent des règles d'harmonisation de l'ensemble des services. La défense farouche des acquis qu'ils soient justifiés ou surdimensionnés par les responsables de service, ne doit pas faire obstacle à l'opportunité de pouvoir rééquilibrer et de répartir les moyens entre les services en fonction des besoins de ces derniers qu'il faut savoir relativiser au lieu de les absolutiser. C'est un principe d'équité à mettre en place et à défendre.

Un état des lieux, indispensable est à réaliser pour établir les rapports de force et d'équilibre des services entre eux. Cet inventaire doit prendre en compte pour l'essentiel :

- les ratios de personnels calculés sur la base d'heures travaillés
- les indicateurs de production d'activité⁷⁶

Le rapport du potentiel en heures travaillées en regard des indicateurs de production mettent en évidence des écarts qui permettent d'établir une hiérarchie des services, du mieux doté au service le plus défavorisé. Toutefois il est nécessaire de tenir compte de critères difficilement chiffrables qui peuvent expliquer ou justifier certains écarts.

⁷³ J.C. CAZENAVE, Les outils pratiques pour réussir la RTT dans la fonction publique hospitalière

⁷⁴ Cf. exemple n° 2 – p. 23

⁷⁵ horaires fixes et uniformes

⁷⁶ points ISA, points SIIPS, nombre de lits, nombres d'entrées, DMS, T% d'occupation

Nous pouvons citer à titre d'exemple :

- la nature des malades
- la fonctionnalité des locaux, la disparité des équipements
- les conditions d'exercice particulières (stress, violence...)
- les caractéristiques du personnel (age, expérience...)
- l'organisation médicale

La réorganisation globale des composantes d'un établissement passant par une harmonisation avec pour principe le respect d'une équité entre tous, constitue un élément incontournable dans la perspective de la R.T.T. Le contexte actuel peut en effet être le bienvenu pour réaliser enfin ce que l'on n'avait pas osé ou pu réaliser auparavant.

3.1.1.2 Orientations pour aménager le temps de travail

L'aménagement du temps de travail constitue la pierre angulaire du dispositif qui permet d'atteindre l'objectif des 35 heures par semaine.

Plusieurs services et dans quelques cas certains établissements, ont mis en place cette technique qui autorise des niveaux de souplesse gradués, des marges d'autogestion et qui produit une meilleure adéquation de la charge de travail. Cette nouvelle approche du temps de travail nécessite du temps car elle exige adaptation, concertation, remise en cause et une vigilance permanente pour réaliser ce changement culturel.

Malheureusement l'actualité ne permet plus de donner le temps nécessaire pour un aménagement individualisé à chaque spécialité. La solution réaliste ne peut être que collective ou globale au sein de chaque établissement. Dans cette situation, il n'est plus question d'adapter les moyens aux besoins mais de permettre de réduire en partie le temps du personnel en activité sans compensation par des embauches. Ce différentiel que beaucoup d'établissements ont situé dans la fourchette de 39 à 37,50 constitue l'effort moyen à produire pour une majorité d'entre eux.

Dans ces conditions l'aménagement consiste à organiser le travail au quotidien, à la semaine, au mois et éventuellement à l'année de manière différente de ce qui était jusqu'à présent établi en termes de normes attendues et uniformes découlant des textes réglementaires.

Pour atteindre cet objectif, le principe de modulation⁷⁷ est à proposer car il autorise une souplesse de fonctionnement au sein d'un cycle pré-défini⁷⁸. Adopter et mettre en place un dispositif intégrant ce principe constitue une condition suffisante pour instaurer un aménagement du temps de travail rationnel et efficace.

3.1.2 Orientations à donner sur le plan management

Au niveau des services de soins, leur réorganisation dans le but de gagner du temps peut apparaître pour les acteurs concernés comme un marché de dupes. En effet, faut-il attendre de la part des agents et de l'encadrement une collaboration pleine et entière pour identifier les marges de manœuvres constituant actuellement des espaces de liberté, et qui seront dans l'avenir sacrifiées dans le cadre de la réduction du temps de travail ?

Cette question constitue une des difficultés à contourner dans le management à impulser auprès des agents. Un des axes à développer, l'ensemble des exemples présentés en témoigne, porte sur la valorisation du rapport gagnant / gagnant, en prenant soin d'élargir la perception de celui-ci non seulement au niveau des agents mais aussi au niveau de l'institution et des usagers.

Au niveau de l'institution, les orientations porteront sur les principaux déterminants des conditions de travail.

La philosophie générale induite sera de faire passer le message suivant :

- ***« réduire le temps de travail ce n'est pas faire le même travail en moins de temps : c'est travailler autrement⁷⁹ »***

⁷⁷ Principe d'aménagement prévu par l'article L.212-8 du code du travail, repris par le projet d'accord cadre de février 2000 pour les trois fonctions publiques

⁷⁸ Cf. exemple de planning modulé en annexe 9

⁷⁹ Cf. « l'organisation du travail dans les services de soins » chapitre 2 pp 73-99, Editions ANACT, avril 1996, Collection Outils et Méthodes

Les orientations institutionnelles en terme de management peuvent suivre plusieurs pistes.

- **La première** a pour objectif d'augmenter l'efficacité, dans une démarche de qualité.
 - Introduire des modes de fonctionnement plus rationnels
 - Réfléchir sur les temps de repas, de chevauchement
 - Repenser les présences au travail en regard de l'activité

- **la seconde** porte sur le management par anticipation
 - modification du management
 - faire évoluer les rôles
 - évolution des compétences
 - développer la polyvalence

- **la troisième** doit améliorer les dispositifs en matières de relations et d'échanges
 - multiplication des transmissions d'informations, des relais en impulsant de la rigueur dans la communication
 - réduire les espaces temps informels et les remplacer par des échanges organisés

- enfin **la quatrième** piste doit remettre en cause la gestion globale des ressources humaines
 - favoriser la mobilité en posant des règles de gestion pour éviter la dispersion
 - accompagner le changement en cas de recomposition des équipes
 - clarifier les missions et des objectifs à poursuivre

3.2 LES CONDITIONS DE L'ACTION

3.2.1 Les conditions réglementaires

Elles portent sur les aspects juridiques du temps de travail. Dans le cadre d'une réorganisation du temps de travail, il est important de se référer aux règles applicables aujourd'hui dans le secteur, dans l'établissement. Avec la réduction du temps de travail il sera plutôt question de modes de gestion de ce temps.

Les pratiques en matière d'organisation du temps de travail sont issues :

- du statut des fonctions publiques⁸⁰
- de la jurisprudence
- des normes et des usages des établissements
- de compromis au sein des services pour faire face à des demandes ou à des situations particulières

et plus récemment dans le cadre de la réduction du temps de travail

- des accords locaux pour la mise en œuvre de la RTT

Le cadre juridique se modifie avec la clarification des notions de réduction hebdomadaire, de référentiel de temps à l'année, de notion de travail effectif... Celui-ci a été redéfini pour l'ensemble de la Fonction Publique Hospitalière ; il est donc nécessaire pour nous décideurs de bien connaître ces nouvelles normes juridiques⁸¹ et de nous entendre sur le sens à donner aux mesures appliquées.

3.2.2 Les conditions issues des accords locaux

Lors de son discours du 16 mars 2000⁸², Madame Martine Aubry Ministre de l'emploi et de la solidarité a précisé :

« - la réduction du temps de travail ne doit pas être appliquée mécaniquement à l'hôpital. Elle constitue au contraire pour les hôpitaux une opportunité majeure pour améliorer l'organisation du temps de travail, décloisonner les services, enrichir le contenu des tâches, développer la qualité du service rendu et améliorer les conditions de travail.

⁸⁰ titre 1 et titre 4

⁸¹ Cf. Principaux textes juridiques en vigueur avant et avec la RTT au sein de la FPH en annexe 8

⁸² discours du 16 mars 2000, à Hôpital-Expo

- Nous négocierons un accord national. Mais je souhaite que la négociation nationale soit relayée par des négociations dans chaque établissement, seules à même d'adapter le processus de réduction du temps de travail aux spécialités locales... »

Au cours du premier semestre de l'année en cours, les établissements ont engagé les négociations avec les représentants du personnel, avec plus ou moins de succès suivant les régions⁸³. Les protocoles de mise en œuvre la réduction du temps de travail suivent à peu près la même méthodologie :

- Précision du champ d'application
- Rappel des dispositions générales issues de la réglementation
- Présentation des modalités d'application
- Présentation de la mise en œuvre sur la période transitoire 2002 / 2004
- Présentation du dispositif de suivi et des mesures d'accompagnement

Les particularités locales font l'objet de mesures dérogatoires, dans l'attente de pouvoir résoudre des questions d'organisation en lien avec des recrutements à venir. Par ailleurs certains secteurs⁸⁴ relèvent d'une organisation tellement spécifique, qu'il convient d'accorder des mesures dérogatoires pour pouvoir fonctionner de manière rationnelle⁸⁵.

⁸³ pour exemples dans l'Ouest :

- difficultés au niveau du CHU de Rennes
- participation limitée des organisations syndicales sur le CHU d'Angers
- bonne participation au niveau du CH du Mans, mais abstention dans la validation finale

⁸⁴ Les urgences, le SAMU, l'obstétrique

⁸⁵ Fonctionnement en 12 heures, les astreintes ...

3.3 LE PLAN D'ACTION

3.3.1 Préalables

Le plan d'action porte sur la mise en œuvre d'un projet d'aménagement du temps de travail dans le cadre de la RTT.

Il s'inscrit dans un projet global au sein de l'établissement qui a défini auparavant ses orientations, arrêté ses choix en matière d'équipements, et mis en place un dispositif de régulation de projet (groupe de pilotage, cellule opérationnelle)

Ce plan d'action cible sur les modalités pratiques à mettre en place dans les services d'hospitalisation et médico-techniques, pour rester dans le champ de responsabilité du Directeur des soins.

3.3.2 Modalités pratiques au niveau des services

Compte tenu de l'existant, et partant du principe que peu de services disposent actuellement d'outils de charge en soins, il est préférable de faire le choix d'une approche collective et globale pour estimer la présence nécessaire du personnel pour réaliser le travail. Une fois ce principe établi, plusieurs étapes sont à respecter.

3.3.2.1 Détermination des postes de travail

La question qu'il convient de se poser, est la suivante :

- combien de postes de travail par catégorie d'agent sont nécessaires au quotidien pour fonctionner normalement ?

Cette donnée appréciée au plus juste compte tenu des niveaux requis permet d'établir un effectif de base et minimal, matérialisé sur un tableau de bord. Prenons comme exemple le tableau de permanence de l'unité suivante (chirurgie spécialisée de 28 lits) :

Situation de base⁸⁶

Fonction	Lundi au vendredi				Samedi				Dimanche				Total par Semaine
	M	HC	S	N	M	HC	S	N	M	HC	S	N	Postes de Travail
Postes de Travail													
Cadre Infirmier		1											5
Infirmières	3		3	1	2	1	2	1	2		2	1	Jour 39 / Nuit 1
Aides Soignantes	2	1	2	1	2		2	1	2		2	1	Jour 33 / Nuit 1
AS Office		1				1							6
ASH		1				1							6

Tableau des postes de travail n° 1**Situation minimale⁸⁷**

Fonction	Lundi au vendredi				Samedi				Dimanche				
	M	HC	S	N	M	HC	S	N	M	HC	S	N	
Postes de Travail													
Cadre Infirmier													
Infirmières	2		2	1	2		2	1	1	1	1	1	
Aides Soignantes	2		2	1	2		2	1	2		2	1	
AS Office		1											
ASH		1											

Tableau des postes de travail n°2

Cette situation permet de fixer les seuils à ne pas franchir. Le premier tableau détermine les effectifs pour répondre aux besoins arrêtés pour un fonctionnement normal.

⁸⁶ Situation pour un fonctionnement normal

⁸⁷ Effectif requis pour fonctionner a minima (absentéisme ponctuel, grève ...)

3.3.2.2 Mise en adéquation des postes de travail avec les effectifs

Le rapport :

$$\frac{\text{du nombre de postes de travail}^{88}}{\text{sur la durée annuelle de travail d'un agent}} \Rightarrow \text{détermine la dotation en effectif}$$

Le calcul des effectifs de l'exemple précédent serait le suivant, avec pour base de calcul les paramètres suivants :

	Catégorie d'agent	Temps de travail	Postes de travail	Temps horaire	Temps effectif	Effectif besoins
		Annuel heures	Semaine	journalier	Annuel heures	
NUIT	infirmière	1540	1	10,00	3650,00	2,37
	aide soignant	1540	1	10,00	3650,00	2,37
JOUR	Infirmière	1568	39	7,50	15210,00	9,70
	Aide Soignant	1568	33	7,50	12870,00	8,21
	A. S. H.	1568	6	7,50	2340,00	1,49
	AS officière	1568	6	7,50	2340,00	1,49

Tableau de calcul des effectifs

Les besoins en effectifs ajustés pour un fonctionnement global jour/nuit donnerait :

- infirmières $\Rightarrow 12,10$
- aides soignants $\Rightarrow 12,10$ (AS office inclus)
- agent de service hospitalier $\Rightarrow 1,50$

3.3.2.3 Réalisation des plannings

Confectionner des plannings est une tâche difficile, car elle met en jeu différents types de compétences, au travers des aspects réglementaires, fonctionnels, et management des personnes.

Nombre de paramètres⁸⁹ sont à inclure, et la vigilance est de rigueur. L'équilibre en terme d'équité doit se réaliser au sein d'un cycle qui peut varier de deux à douze semaines. L'important réside dans le fait que chaque agent retrouve sa base de référence de travail⁹⁰ à

⁸⁸ ex : à l'année (52 semaines) ou partiel (47 semaines pour 5 semaines de fermeture)

⁸⁹ Cf. annexe 1

⁹⁰ Prendre en compte les différentes quotité de temps de travail

chaque fin de cycle. C'est une règle impérative surtout dans le cas où l'on introduirait des postes de travail à horaires variés⁹¹.

Les cycles en nombre de semaines impaires présentent une caractéristique technique intéressante à plus d'un titre. En effet, ces derniers autorisent une meilleure gestion des fins de semaine avec une souplesse accordée par le fait que le nombre de week-ends de repos seraient en base supérieurs à ceux travaillés.

Enfin il ne faut perdre de vue que tout planning doit être validé avant sa mise en application par la Direction des ressources humaines et la Direction des soins. Une présentation en Comité Technique d'Établissement permet aux partenaires sociaux de donner leur avis et de relever les points qui posent problèmes soit par rapport à la réglementation soit par rapport aux conditions de travail.

3.3.2.4 Déterminer les aménagements possibles

Après la définition des postes de travail, la détermination des effectifs et la matérialisation des plannings, il est nécessaire de s'attaquer au différentiel à pourvoir pour parvenir au 35 heures par semaine.

L'effectif déterminé (cf. tableau de calcul des effectifs) permet de déployer un dispositif autorisant un temps de travail sur la base de 37 h 30. Il intègre donc un complément d'effectifs en regard de la situation précédente (39h). Toutefois il est possible que certaines situations se règlent par auto-suffisance⁹².

Néanmoins la marche constituée pour atteindre l'objectif de 35 heures par semaine ne peut se franchir qu'à deux conditions :

- par l'introduction d'aménagements d'horaires sur des postes ciblés
- par l'intégration de journées ou demi-journées de RTT au sein du cycle

Dans ce cas l'équation en fin de cycle deviendra égale à un multiple de 35⁹³.

⁹¹ Cf. exemples de planning en annexe 9 et 10

⁹² L'exemple des IDE présenté rentre dans ce cas :

(effectif de 12,25 à 39 h / besoin de 12,10 à 37 h 30)

⁹³ Cf. exemple de planning en annexe 9

Pour mémoire rappelons que les techniques d'aménagement sont multiples : horaires variables, horaires libres, horaires flexibles, horaires décalés, horaires à la carte, temps choisi, temps négocié... Pour des principes de fonctionnalité et de réalité, il est nécessaire de faire un choix entre ces pratiques, éventuellement de combiner :

- horaires fixes et zones variables
- horaires décalés et temps négocié
- horaires flexibles et horaires à la carte

Ce type de fonctionnement reste à négocier par service pour tenir compte des cas particuliers. Il prendra forme bien souvent sur le modèle d'organisation qui aura déjà intégré une certaine forme d'anticipation. C'est le cas des six exemples présentés dans la deuxième partie de cette étude.

Enfin le temps de relève est un point à explorer de manière attentive dans la mesure où il constitue un des leviers essentiels dans l'aménagement du temps. Les questions à étudier portent sur :

- la durée de cette relève
- la composition des acteurs de cette relève
- l'organisation matérielle (séquençage par secteur)
- le contenu des transmissions

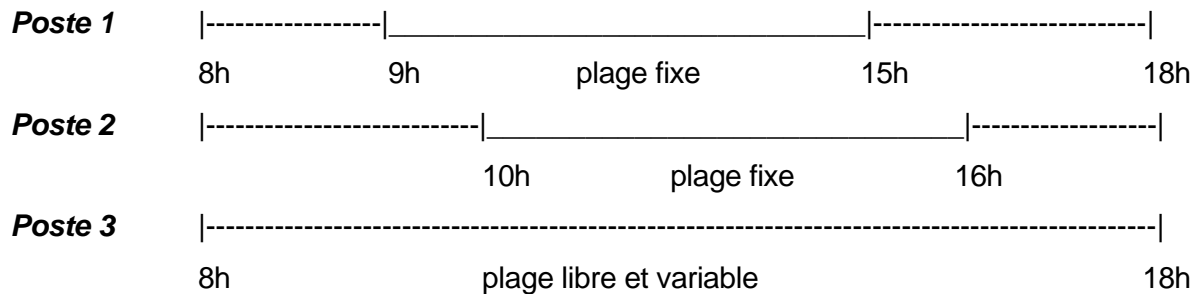
Une clarification de l'ensemble de ces points permettra d'envisager des fonctionnements différents et plus rationnels.

3.3.2.5 Définir les règles de fonctionnement

La formalisation des règles de fonctionnement constitue la cinquième étape à réaliser. Au-delà des règles établies par l'institution, il est conseillé d'établir une charte de fonctionnement adaptée à l'organisation qui a été définie en interne et par service.

La procédure déclinera ce qu'il est possible de faire et les contraintes à respecter sur chaque poste de travail concerné par un système de modulation.

Prenons pour exemple un système d'horaire à la carte qui offre une amplitude supérieure à la journée de travail et qui autorise de ce fait des arrivées et des départs variables tout en réduisant des plages fixes imposées :



Par son côté visuel, cet exemple démontre l'importance et la nécessité de bien poser les règles au départ, ceci dans le but d'éviter les glissements qui génèreraient à terme un dysfonctionnement. Celui-ci en cas de confirmation, porterait un discrédit sur l'organisation arrêtée et sur son management.

3.3.2.6 Mettre en place une procédure de suivi et d'évaluation

Enfin la planification du plan d'action comporte une dernière étape qui s'inscrit dans une logique d'évaluation de tout projet qui se met en place.

Rien ne doit être figé, l'adoption de la procédure par essais et erreurs est autorisée. De plus certains détails non-identifiés initialement peuvent se faire jour et remettre en cause des options prises. Il est donc utile de prévoir des temps de réflexion et d'évaluation pour apporter des modifications.

Le principe de régulation du plan d'action doit faire l'objet d'une procédure de suivi au sein de l'institution. Le Directeur des soins est le responsable désigné de ce type de plan d'action qui touche l'organisation des services de soins.

CONCLUSION

La problématique exposée en préalable de l'étude reposait sur un questionnaire relatif à l'introduction et à la maîtrise des notions de variabilité et de souplesse dans la gestion du temps au cœur des organisations hospitalières. Prendre en compte les contraintes hospitalières, répondre à la demande de soins pour les usagers, satisfaire les attentes des agents, tels sont les éléments clés d'un système réglementé au sein duquel se confrontent les différentes logiques propres à chacune des parties. La recherche et le maintien de l'équilibre dans un rapport qui se veut gagnant / gagnant a constitué le fil conducteur de cette étude.

La première hypothèse à partir des six expériences présentées s'est trouvée fondée et validée. En effet la mise en place d'organisations nouvelles sur la base de modalités de gestion différentes ne relève pas d'une simple logique comptable mais dépend plutôt de l'évolution de la logique des soignants. De plus la seconde hypothèse portant sur l'existence de points de convergence au niveau des intérêts s'est vérifiée sous la forme d'une analyse chiffrée sur des critères déterminants du point de vue stratégique. Certes des écarts ont été relevés sur certaines expériences, toutefois les expériences de temps choisi et de la gestion postée du service de médecine ont mis en évidence des synergies concordantes, gage de succès et de maintien de l'équilibre.

Cette recherche a permis de donner du sens aux propositions d'actions ciblées sur la nécessité de réorganiser le travail dans le but d'aménager le temps de présence autrement. Toutefois compte tenu de la nouvelle donne issue de la réduction du temps de travail, il faut admettre que la condition préalable à l'aménagement du temps fasse défaut en raison du temps imparti pour la mise en œuvre réglementaire.

Néanmoins la recherche de l'optimisation des moyens en nombre et en compétences revêt un intérêt majeur pour nos établissements qui doivent faire face à des demandes croissantes à l'aide de moyens constants. L'opportunité de pouvoir redistribuer les cartes par le biais d'une réorganisation en profondeur complétée par l'adjonction de méthodes de gestions nouvelles et innovantes, constitue un enjeu tel qu'il devient incontournable à court terme mais aussi à long terme.

Cette perspective ne doit pas nous faire oublier les difficultés liées aux qualifications requises qu'il faudra recruter. Par conséquent compte tenu de cette difficulté à venir, ne faudra-t-il pas se donner du temps dans la réflexion des organisations sous peine de basculer dans un rapport qui deviendrait gagnant / perdant ?

Bibliographie

Ouvrages

CAZENAVE Jean Claude _ Les outils pratiques pour réussir la RTT dans la Fonction Publique Hospitalière _ Bordeaux, Editions Les Etudes Hospitalières, 2001, 193 p.

GONNET Françoise _ L'hôpital en question : un diagnostic pour améliorer les relations de travail _ Paris, Editions Lamarre, 1992, 359 p.

LAFAYE Claudette _ Sociologie des organisations _ Paris, Editions Nathan, 1996, 127 p.

SAINSAULIEU Renaud _ Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement, 2° Edition _ Paris, Edition Presse de Sciences Politique et Dalloz 1997, 476 p.

SAINSAULIEU Renaud _ L'identité au travail _ Paris, Presses de la FNSP, 1985, 477 p.

SAVALL Henri / ZARDET Véronique _ Maîtriser les coûts et les performances cachées _ Collection Gestion, Paris, Editions Economica, 1995, 334 p.

VERNE Etienne _ Changer les organisations du travail _ Editions Paris INSEP, 1993, 124 p.

Articles

ALTER Norbert _ Innovation et Organisation, deux légitimités en concurrence _ Revue française de sociologie, 1993, pp. 447 - 468.

CREMADEZ Michel _ Les clés de l'évolution du monde hospitalier _ Cahiers de gestion hospitalière, N° 266, mai 1987, pp. 285 - 306.

GONNET Françoise _ Les soignants et le changement _ Recherche en soins infirmiers N° 21-juin 1990, pp. 16 - 25

MASSON Antoine _ Réduction du temps, enjeux organisationnels _ Périodique Travail Emploi, 2000.

ORTSMAN Oscar _ Peut on changer l'organisation du travail et la culture d'entreprise ? _ Revue Française de Gestion, N° 88, 1992, pp 5 - 16

SAINSAULIEU Renaud _ Culture et Sociologie de l'entreprise _ Revue française de gestion N° 45, 1985.

TARRONDEAU Jean Claude _ Gestion du temps et Changement _ Revue française de comptabilité, 2001.

Mémoires

BAILLY Sylvianne _ La comptabilisation du temps de travail, difficultés, enjeux et perspectives _ Formation Directeur d'Hôpital, ENSP, 1996.

FALANGA Olivier _ Généraliser un système de gestion souple du temps de travail au CHU d'Angers _ Formation Directeur d'Hôpital, ENSP, 1995.

HOLCMAN Robert _ Comment appliquer les 35 heures dans les services hospitaliers _ Formation Directeur d'Hôpital, ENSP, 2001.

Documents

L'organisation du travail dans les services de soins _ Collection Outils et Méthodes, Editions ANACT, Avril 1996, pp. 73_99.

Cours ENSP

SCHWEYER François Xavier _ Sociologie de l'organisation Hospitalière _ Formation des Infirmiers Généraux, ENSP, 2001.

Lexique

Aménagement du temps de travail	Ce terme général n'a pas de définition précise. Il désigne un ensemble de modalités d'organisation du temps de travail permettant de répondre à des besoins d'adaptation à l'activité de l'entreprise ou aux attentes sociales.
Amplitude de la journée de travail	Période comprise entre l'heure à laquelle le salarié prend son travail en début de journée et l'heure à laquelle il le quitte en fin de journée.
Annualisation	Répartition de la durée du travail sur une base annuelle (le code du travail fixe 1600 heures comme référence annuelle équivalente aux 35 heures)
Astreinte	L'astreinte se définit comme une période pendant laquelle le salarié, sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, a l'obligation de demeurer à son domicile ou à proximité afin de pouvoir intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement
Compte épargne-temps	Le salarié peut épargner du temps libre rémunéré en créditant un compte d'une partie de ses congés annuels ou de certains repos compensateurs liés à la RTT, et en transformant en temps une partie de ses primes ou salaires.
Cycle	Le cycle permet de répartir la durée du travail sur une période de quelques semaines, pour prendre en compte des variations régulières d'activités. La répartition du temps de travail est répétitive d'un cycle sur l'autre
Durée effective du travail	La durée de travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles (déf. Code du Travail)
Heures supplémentaires	Heures effectuées au-delà de la durée légale de 35 heures. Elles s'apprécient sur la semaine civile ou sur le cycle
Horaires variables	Système offrant la possibilité aux salariés de choisir librement leurs heures d'arrivée et de départ au sein de certaines plages horaires fixées a priori, en respectant une durée moyenne hebdomadaire.
Modulation du temps de travail	Permet de faire varier, au cours de l'année, la durée hebdomadaire du travail autour d'une durée moyenne de référence (35 heures, soit 1600 heures par an) Les semaines « hautes » sont compensées par les semaines « basses »
Temps choisi	Au sens du Code du Travail, ce terme recouvre le temps partiel et les horaires individualisés. Plus largement il est utilisé pour désigner un dispositif dans lequel sont offertes aux salariés des possibilités de souplesse individuelle et de choix de certaines composantes de leur temps de travail (horaires, répartition du temps, repos ...)

Liste des annexes

- Annexe 1 Tableau des paramètres de la gestion du temps
- Annexe 2 Guide d'entretien
- Annexe 3 Profil journalier de type « temps choisi »
- Annexe 4 Planning infirmières du plateau de consultations
- Annexe 5 Récapitulatif des forces en présence dans un rapport gagnant / gagnant
- Annexe 6 Descriptif de l'organisation de l'office central
- Annexe 7 Descriptif de l'organisation IBODE
- Annexe 8 Principaux textes juridiques en vigueur (FPH)
- Annexe 9 Exemple de modulation en horaires variables
- Annexe 10 Exemple de planning pour un effectif donné

Annexe 1

Tableau des paramètres de la gestion du temps

Cadre réglementaire arrêté par les dispositions du décret 2002-9 du 4 Janvier 2002

Critère	Norme	Conditions
Temps annuel travaillé de jour	1560 heures 1575 heures 1600 heures	Personnel à repos variables Personnel à repos fixes Personnel d'encadrement
Temps annuel travaillé de nuit	1540 heures 1440 heures	Agent de nuit => 31/12/03 Après le 01/01/2004
Temps horaire de la journée travaillée	Suivant l'accord local de 7 heures à 10 heures	Détermine le nombre de R.T.T.
Temps horaire de la nuit travaillée	10 heures	12 heures suivant particularité et accords locaux
Durée hebdomadaire	35 heures	
Durée hebdomadaire maximale	48 heures	
Notion de cycles de travail	6 semaines	Personnel à repos variables
Durée hebdomadaire par cycle	44 heures	Cycle de 12 semaines
Nombre de repos hebdomadaire	2	4 / Quinzaine dont 2 consécutifs et 1 dimanche
Amplitude horaire maximum d'une journée travaillée en discontinu	12 heures	
Amplitude horaire de repos entre deux journées travaillées	11 heures	
Pauses	20 minutes	Au bout de six heures de travail
Astreintes	réglementaire	Temps d'intervention = temps de travail effectif

Annexe 2

Guide des entretiens exploratoires

Vous avez participé récemment à la conduite d'un projet qui a porté sur une réorganisation de votre service qui a modifié des pratiques en matière de gestion des horaires.

Premier temps ciblé sur la conduite du projet :

- Quelle était votre philosophie de départ ?
- Quels étaient vos objectifs à atteindre ?
- Quels étaient les points forts de votre projet ?
 - o Les éléments porteurs
 - o Les éléments innovants
- Avez-vous trouvé dans la conduite de votre projet des opportunités ?
- Quels étaient les points faibles et les écueils auxquels vous avez dû faire face ?
- Avez-vous des éléments ou des situations pouvant être considérés comme des menaces dans la réalisation de votre projet ?

Deuxième temps ciblé sur les points clés des hypothèses :

Les points de convergences entre les logiques

- o Les effets attendus et inattendus
 - sur la prise en charge des usagers
 - du côté des acteurs de soins
 - sur l'organisation en regard de la structure

Les points de divergences entre les logiques

- o les éléments opposables
 - du côté des usagers
 - du côté des acteurs de soins
 - du côté de la structure

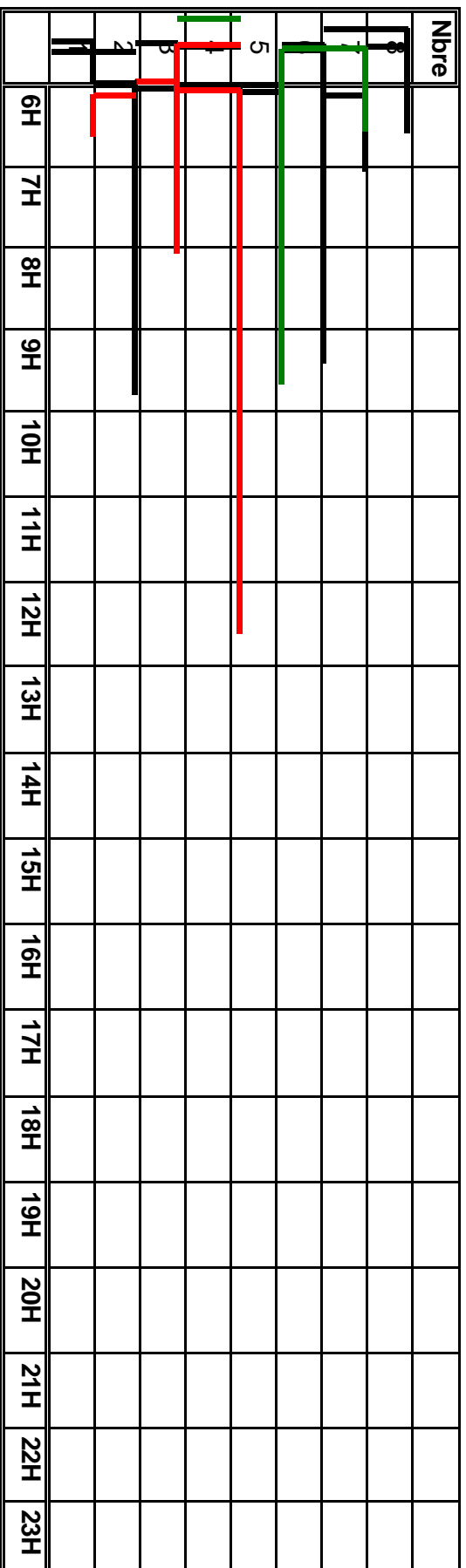
Les points de médiation et de régulation

- dans l'intérêt des usagers
- dans l'intérêt des acteurs
- dans l'intérêt de la structure

Annexe 3

Profil journalier de type temps choisi

AS / Unité A



- Profil maximum
- Profil minimum
- Profil moyen

Annexe 4

Planning infirmières du plateau de consultations

Mois date	L.	M.	M.	J.	V.	L.	M.	M.	J.	V.	L.	M.	M.	J.	J.	V.
IDE 1	Heure Arrivée	9.00	9.00	KC	8.30	9.30	10.00	9.00	10.00	8.30	8.30	9.00	9.00	8.45	8.45	9.30
100%	T. Travaillé	8.30	8.45	0.00	7.15	8.45	8.30	8.15	8.15	7.15	5.30	8.30	8.45	8.00	7.00	8.45
IDE 2	Heure Arrivée	10.00	9.00	8.45	12.30	K%	9.00	9.00	K%	9.15	8.30	10.00	8.45	9.45	K%	9.00
80%	T. Travaillé	8.30	8.15	8.00	5.30	0.00	8.30	8.15	0.00	8.00	5.30	8.30	7.00	8.30	0.00	7.45
IDE 3	Heure Arrivée	8.30	9.00	K%	9.15	9.45	8.30	8.30	10.00	K%	9.00	12.45	K%	8.30	9.15	8.30
80%	T. Travaillé	8.45	8.15	0.00	8.00	8.30	8.45	5.30	8.15	0.00	7.45	6.30	0.00	5.00	8.00	5.30
IDE 4	Heure Arrivée	12.45	K%	8.30	8.45	8.30	8.45	8.45	K%	8.45	9.45	8.30	9.00	10.00	12.30	K%
75%	T. Travaillé	6.30	0.00	5.00	7.00	5.30	6.30	7.00	0.00	7.00	8.30	8.45	8.15	8.15	5.30	0.00
IDE 5	Heure Arrivée	8.45	8.45	9.45	K%	8.30	K%	K%	8.45	10.00	9.45	8.45	8.30	K%	8.30	9.45
70%	T. Travaillé	6.30	7.00	8.30	0.00	5.30	0.00	0.00	8.00	7.15	8.30	6.30	5.30	0.00	6.45	8.30
IDE 6	Heure Arrivée	K%	8.30	10.00	K%	9.00	12.45	9.00	8.30	K%	K%	K%	9.00	K%	K%	8.30
50%	T. Travaillé	0.00	5.30	8.15	0.00	7.45	6.30	8.45	5.30	0.00	0.00	0.00	8.15	0.00	0.00	5.00
	Potentiel Temps	38.45	37.45	29.45	27.45	36.00	38.45	37.45	30.00	29.30	35.45	38.45	37.45	29.45	27.15	35.30
	Total Requis	30.00	30.00	24.00	22.00	28.00	30.00	30.00	24.00	22.00	28.00	30.00	30.00	24.00	22.00	28.00

Annexe 5

Grille de relevé des forces en présence dans une logique de rapport gagnant / gagnant

	Expérience N°1			Expérience N°2			Expérience N°3			Expérience N°4			Expérience N°5		Expérience N°6			
Services	Chirurgie informatisation			Médecine Gestion postée			Médecine Temps choisi			Consultations Horaires variés			Office central Horaires décalés		Bloc opératoire Horaires variables			
Les logiques	Instit.	Uger	Agts	Instit.	Uger	Agts	Instit.	Uger	Agts	Instit.	Uger	Agts	Instit.	Uger	Agts	Instit.	Uger	Agts
Points clés	++	+	++	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	=	+++	++	++
Opportunités	+++	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	+++	+++	+++	++
Points sensibles	=	=	-	+	++	+	+	++	++	+	=	=	=	=	=	=	=	+
Points de convergence	++	+	++	++	++	++	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	++	++	++
Points opposables																		
TOTAL	7	3	5	8	9	9	9	11	11	9	7	9	9	7	6	7	5	7

Annexe 6

Descriptif de l'organisation de l'office central

Sem	L	M	M	J	V	S	D
1	R	S	S	S	S	R	R
2	M	M	M	RC	R	S	S
3	S	R	M	M	M	R	R
4	RC	S*	S*	S*	R	S*	C
5	S*	RC	R	M	M	M	R
6	W	W	W	W	W	R	R
7	M	M	R	R	S*	M	M

1 Grille de 7 semaines

2 Effectif de: 6,80 AS

3 Roulement de jour

4 Postes fonctionnels

	L / V	Sam	Dim
M	2	2	1
S	2	2	1
C			1

5 Temps de travail journalier 7 H 45
30' de repas exclu du temps de travail sur l'horaire du M et S*

5 Horaires

M	M3	Matin	7H / 15H15
S	S2	Soir	12H15 / 20H
S*	J2	Soir	10H30 / 18H45
W	W	Travail en remplacement soit : M / S / S*	
B	J3	jour	8H / 15H45
C	C	Coupe	8H / 12H30 // 15H15 / 18H30

6 Caractéristiques 3 WE / 7 + 1 dimanche
3 RC / 7 semaines intégrées

7 Particularité

Le 80 % suit la même grille avec la position d'un 3° repos / semaine

Annexe 7

Descriptif de l'organisation des IBODE

PANSEUSES INSTRUMENTISTES		L	M	M	J	V	S	D
	1	M	M	M	M	M	R	R
	2	S/A	S/A	S/A	S/A	S/A	R	R
	3	W	W	W	W	W	R	R
	4	M	M	M	M	M	R	R
	5	S	S	S	S	W	R	R
	6	M	M	M	M	M	R	R
	75%	M*	M	R	M	S	R	R
	75%	R	M*	M*	M*	M*	R	R
REPARTITION 1S//8S							A	A

Grille de 8 Semaines

Effectif 7,50 IBODE
6 à 100% et 2 à 75%

Poste de travail

	Lun	Mar	Mer	Jeud	Ven	WE
M	4	5	4	5	5	
S	1	1	1	1	1	
A	1	1	1	1	1	1

Horaires

M*	Matin	7H30 / 15H15
S	Soir	11H / 18H45
M	Continu	8H / 15H45 ou 9H / 16H45
A	Astreinte jour / nuit	11H / 18H48

Caractéristiques

2 T. Partiels à 75% (gérés en compte horaire)

Particularité

1 Semaine d'astreinte // les 8 Semaines

1 WE d'astreinte // les 8 Semaines

1 Semaine d'auto-gestion et de remplacement **W**

Annexe 8

Principaux textes juridiques en vigueur au sein de la F.P.H.

Avant la RTT

- Circulaire n° 815/8/D du 31 décembre 1981 relative à la durée du travail dans les établissements d'hospitalisation publics. **Abrogée**
- Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique, J.O. du 28 mars 1982. **Maintenue**
- Décret n° 82-870 du 6 octobre 1982 relatif à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique, JO du 13 octobre 1982.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la Fonction Publique Hospitalière.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Les protocoles Evin du 20 octobre 1998, Durafour du 9 février 1990, Durieux du 15 novembre 1991.
- Circulaire DH/FH1/91 n° 69 du 23 décembre 1991 relative à l'application de l'accord national sur l'amélioration des conditions de travail.
- Circulaire DH/FH1/94 n° 9 du 8 février 1994 relative à l'application de l'accord national sur la réduction du temps de travail de nuit. **Abrogée**
- Circulaire DH/FH1/94 n° 24 du 25 mai 1994 relative à l'application de l'accord national sur la réduction du temps de travail de nuit.

Temps Partiel

- Décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982 relatif aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents titulaires.
- Circulaire n° 85 DH du 21 mars 1985 relative aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel.
- Loi 86-33 du 9 janvier 1986, article 46 et 47 modifiée par la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux mutations dans les Fonctions Publiques
- Décret n° 95-966 du 23 août 1995 relatif aux modalités d'expérimentation d'annualisation du service à temps partiel dans la FPH

Suite Annexe 8

Cessation progressive d'activité

- Ordonnance 82-298 du 31 mars 1982 modifiée par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (article 97) et la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 (article 10)

Textes de références réglementaires actuellement en application

- Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, modifiée par l'article 31 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002-07-29
- Décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'Etat.
- Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents de établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Circulaire DHOS/P1/2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Annexe 9 Exemple de modulation mis en place pour répondre à l'objectif de 37,50

Planning sur un cycle de 7 semaines

	L	M	M	J	V	S	D
1	R	S	S	S	S	R	R
2	M	M	M	B / RC	R	S	S
3	S	R	M	M	M	R	R
4	B / Rtt	S*	S*	S*	R	S*	C
5	S*	RC	R	M	M	M	R
6	W	W	W	W	W	R	R
7	M	M	R	R	S*	M	M

Planning aux postes de travail variables

1	R	7,75	7,75	7,75	7,75	R	R
2	7,5	7,5	7,5	7,5	R	7,75	7,75
3	7,75	R	7,5	7,5	7,5	R	R
4	7,5 Rtt	7	7	7	R	7	8,5
5	7	7,5 Rc	R	7,5	7,5	7,5	R
6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	R	R
7	7,5	7,5	R	R	7,25	7,5	7,5

Modulation

31,00	37,50	-6,50
45,50	37,50	8,00
30,25	37,50	-7,25
44,00	37,50	6,50
37,00	37,50	-0,50
37,50	37,50	0,00
37,25	37,50	-0,25

Total moyen par semaine

37,50 0,00

Temps de présence	P	7,75
Temps travaillé	T	7,50

P	T
----------	----------

M	Matin	7H / 14H45
S	Soir	12H15 / 20H15
S*	Soir	11H / 18H30
W	Travail en remplacement des abs programmées	
B	Continu	8H / 15H45
C	Coupe	8H / 13H // 15H / 18H30

7,75	7,50
8,00	7,75
7,25	7,00
7,75	7,50
7,75	7,50
8,50	8,50

Annexe 10

Exemple de planning Infirmières

Configuré pour un effectif de 12,10 IDE en gestion jour/nuit

	L	M	M	J	V	S	D
1	RC	M	M	M	R	S	S
2	S	R	M	M	M	R	R
3	S	S	S	R	M	M	M
4	R	S	S	S	S	R	R
5	M	M	M	R	S	S	S
6	S	R	R	M	M	M	R
7	M	S	S	S	R	M	M
8	M	M	R	S	S	R	R
9	W	W	W	R	W	W	W
10	W	R	W	W	W	R	R

11	N	N	R	R	N	N	N
12	R	R	N	N	R	R	R

Légende M => matin S => soir
 W => remplacement sur l'horaire de l'absence programmée
 R => repos hebdomadaire
 N => nuit travaillée
 RC => récupération de férié