



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

**La négociation locale sur le temps de travail :
levier d'efficience organisationnelle à l'hôpital ?**

Etude d'impact au Centre Hospitalier de Calais

Pauline RICHOUX

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Martin Trelcat, maître de stage attentif et directeur d'établissement stimulant.

Je remercie également Frédéric Kletz, professeur à l'école des Mines, pour sa disponibilité en tant que directeur de mémoire et pour ses conseils avisés pendant la préparation et la rédaction de ce mémoire. Je remercie aussi Léo Cazin qui a participé à tous nos échanges.

Je remercie Najat Moussi, directeur des soins, pour son appui utile pendant mon enquête de terrain.

Je salue, sans les nommer ici, l'ensemble des acteurs rencontrés à l'occasion de ce travail, tant au CHC qu'à l'extérieur. Je les remercie tous pour leur disponibilité et leur franchise à l'occasion de nos échanges.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe de direction du CHC, pour la qualité de leur accueil et de leur accompagnement.

Merci enfin à Baloo pour la relecture et le soutien amical pendant la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
<i>Un contexte national de remise en cause des accords locaux sur le temps de travail signés au début des années 2000</i>	<i>1</i>
<i>Le contexte et les modalités de la renégociation de l'accord local au Centre Hospitalier de Calais.....</i>	<i>3</i>
<i>L'aménagement du temps de travail et la performance des organisations dans la littérature.....</i>	<i>6</i>
<i>Problématique.....</i>	<i>7</i>
<i>Méthodologie et limites de la recherche.....</i>	<i>8</i>
1 Un projet ambitieux d'efficience par l'expertise sur la GTT et la performance organisationnelle	11
1.1 Le retour à une GTT juste, équitable et experte	11
1.1.1 Un diagnostic clair sur l'état de la GTT au CHC	11
1.1.2 Des objectifs de mise en conformité avec la réglementation, d'expertise et de transparence	12
1.2 L'exigence de la performance financière par la GTT	14
1.3 La réalisation d'un travail « titanesque » sur les organisations	15
1.3.1 La méthodologie du travail sur les maquettes organisationnelles	16
1.3.2 La recherche d'organisations plus efficaces	18
2 Des tensions sociales, organisationnelles et financières	23

2.1	La boîte de Pandore de la réglementation sur le temps de travail	23
2.2	Les schémas organisationnels à l'épreuve de la réalité	25
2.2.1	Une démarche de changement organisationnel imparfaite et inaboutie	25
2.2.2	Des organisations dégradées par l'absentéisme de courte durée	28
2.2.3	Des tensions, de l'épuisement et un questionnement sur le sens	29
2.3	Une interrogation sur la pertinence de la GTT comme levier d'efficience	31
2.3.1	Un bilan financier décevant en apparence	31
2.3.2	Une interrogation sur le choix du levier d'efficience le plus pertinent	33
3	L'émergence d'un nouveau modèle de GTT	35
3.1	L'opportunité d'un projet global d'efficience, fondé sur une acception élargie de la notion de GTT	35
3.2	L'enjeu d'un nouveau contrat social sur la GTT	37
3.3	Un projet compliqué en l'état actuel de la réglementation et du niveau de maturité des acteurs.....	40
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ARTT : Aménagement de la Réduction du Temps de Travail

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CET : Compte Epargne Temps

CH : Centre Hospitalier

CHC : Centre Hospitalier de Calais

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLD : Congé Longue Durée

CLM : Congé Longue Maladie

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRH : Directeur des Ressources Humaines OU Direction des Ressources Humaines

ECS : Equipe de Compensation et de Suppléance

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPN : Effectif Productif Nécessaire

EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses

ETP : Equivalent Temps Plein

ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GTT : Gestion du Temps de Travail

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

OAT : Obligation Annuelle de Travail

OS : Organisation(s) Syndicale(s)

RH : Ressources Humaines OU Repos Hebdomadaire

RTT : Réduction du Temps de Travail

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

TGI : Tribunal de Grande Instance

USINV : Unité de Soins Intensifs Neurologiques et Vasculaires

Introduction

Un contexte national de remise en cause des accords locaux sur le temps de travail signés au début des années 2000

Le protocole du 27 septembre 2001, puis le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, ont introduit l'organisation du travail en 35h à l'hôpital, appliquant à la fonction publique hospitalière les dispositions des lois Aubry. Des accords locaux sur l'aménagement de la réduction du temps de travail (ARTT) ont fixé, dans chaque établissement hospitalier, les principes de cette nouvelle gestion du temps de travail (GTT).

Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), le passage aux 35h à l'hôpital fut conduit sans mise à plat des organisations¹. Des accords rapides et généreux ont abouti au maintien en place des organisations, contre l'octroi de 15 à 20 jours de RTT et la promesse de moyens humains supplémentaires. L'ARTT a dès lors généré une explosion de la dette sociale des établissements (5.9 millions de jours CET stockés à fin 2010)², mais aussi une densification du travail et un sentiment de perte de qualité au travail³. Pour la FHF, les 35h sont « incontestablement à l'origine de difficultés organisationnelles et financières, dont les hôpitaux peinent à se remettre plus de 10 ans après »⁴.

La RTT est néanmoins devenue une nouvelle norme sociale à l'hôpital. Le rapport Piquemal pointe ainsi dès 2002 que, « ressentie comme une « avancée sociale », la RTT est aux yeux des personnels un « acquis » sur lequel il ne saurait être question de revenir »⁵.

La Cour des Comptes, dans son rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, recommandait pourtant d'« inciter les hôpitaux à la renégociation des

¹ Fédération Hospitalière de France (2014), Document interne, L'organisation du temps de travail toujours en débat

² Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Compte rendu n°11 (2014) : Audition de la FHF

³ PIQUEMAL, A (2002), Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé

⁴ Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, op.cit

⁵ PIQUEMAL, A (2002), op.cit

accords locaux sur le temps de travail »⁶. De fait, 46% des établissements hospitaliers ont renégocié leur accord local depuis 2001, selon une enquête réalisée par la FHF⁷ et reprise dans le rapport Laurent. Ces renégociations, conduites dans le cadre du régime des 35h, font du secteur hospitalier la branche de la fonction publique ayant le plus procédé à la renégociation de ses accords locaux, « sans démarche concertée au niveau national ni même régional »⁸.

Les démarches de renégociation des accords locaux du début des années 2000 s'inscrivent dans le cadre d'une mutation du contexte financier mais aussi des organisations hospitalières. Avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) puis les prescriptions du plan triennal d'économie sur les dépenses d'assurance maladie, ces accords locaux « généreux » sont devenus particulièrement lourds à supporter pour les budgets hospitaliers. Parallèlement, les prises en charge hospitalières ont considérablement évolué, marquées notamment par le développement de l'ambulatoire et la diminution des durées moyennes de séjours (DMS). Ces nouvelles organisations des soins exigent une adaptation des organisations du travail, comme en atteste, par exemple, le développement du travail en 12h.

En conciliant une démarche de maîtrise de la masse salariale et de performance des organisations des soins, la renégociation des accords locaux sur l'ARTT semble ainsi apparaître comme une mesure d'efficience. Pour le responsable du service d'appui à la performance à l'Agence régionale de santé Hauts de France (avec lequel j'ai échangé dans le cadre de cette recherche), la renégociation est un instrument d'adéquation ressources-activité. Son impact favorable sur le dimensionnement des effectifs comme sur la qualité des prises en charge en fait donc un instrument d'efficience ... à condition que l'établissement dispose de la maturité suffisante pour mener une telle réforme⁹.

Enfin, le rapprochement récent des hôpitaux publics dans le cadre de la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pose la question d'une harmonisation des accords locaux au niveau du groupe. L'un des DRH rencontré dans le cadre de ma

⁶ Recommandation n°72, Cour des comptes (2014), Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Chapitre XIV : Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

⁷ Fédération Hospitalière de France (2014), Document interne, L'organisation du temps de travail toujours en débat

⁸ LAURENT, P (2016), Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique

⁹ Entretien avec le responsable du service d'appui à la performance (2016), Département établissements de santé, ARS Hauts de France

démarche de benchmark évoquait cet élément comme un facteur facilitant la renégociation, dans les établissements disposant d'un accord beaucoup plus avantageux que ceux des partenaires du GHT.

Le contexte et les modalités de la renégociation de l'accord local au Centre Hospitalier de Calais

C'est précisément dans le cadre d'un plan de performance, négocié avec sa tutelle, que le Centre Hospitalier de Calais (CHC) a entrepris de renégocier son accord local ARTT et GTT en 2015. Avant de revenir sur le contexte et les modalités de négociation de ce nouveau protocole, une rapide présentation du Centre Hospitalier de Calais s'impose.

Hôpital général de proximité, le CHC dispose d'une capacité de 960 lits et places, répartis sur les secteurs MCO, SSR, santé mentale et EHPAD. Il emploie environ 1725 ETPR¹⁰ non médicaux et 140 ETPR médicaux. S'il offre une bonne couverture des principales spécialités médicales, le CHC souffre d'un fort déficit d'attractivité concernant le recrutement de professionnels médicaux.

Le CHC a bénéficié d'une complète reconstruction, et déménagé dans ses nouveaux locaux en 2012. Ce déménagement a été l'occasion pour l'établissement de conduire une réflexion capacitaire et une refonte majeure de ses organisations soignantes. Parallèlement, l'établissement est aujourd'hui très endetté.

Le CHC œuvre dans un territoire marqué par une forte précarité sociale ainsi que par une pression migratoire. Le territoire a connu un afflux important de réfugiés en 2015, dont l'activité T2A du CHC semble porter certains stigmates : augmentation des DMS, facturation de RUM¹¹ de faible sévérité, fuite de patientèle vers les établissements publics et privés voisins, recettes T2A atones voire en repli. Le pic migratoire de 2015 a renforcé la tendance, déjà bien présente, d'orientation des patients calaisiens vers la clinique MCO voisine ou vers l'hôpital public de Boulogne sur Mer.

En raison d'une situation financière et d'une trésorerie très dégradées, le CHC s'est engagé dans un plan de performance en 2014 et 2015. Ces deux années sont marquées par le retour de l'établissement à l'équilibre financier. L'exercice 2015 présente toutefois un déficit structurel significatif, qui n'est contrebalancé que par de nombreuses recettes

¹⁰ Equivalent Temps Plein Rémunéré

¹¹ Résumé d'Unité Médicale

exceptionnelles¹². L'EPRD 2016 prévoit un résultat déficitaire, malgré l'achèvement du plan de performance fin 2015.

Identifié en 2014 comme l'un des neuf axes de son plan de performance¹³, l'accord sur le temps de travail du CHC fait l'objet d'un audit début 2015. Ses conclusions sont présentées en instances et aux représentants du personnel en février 2015. En mars, le chef d'établissement communique à l'ensemble du personnel sa décision d'ouvrir des négociations sur l'accord local RTT. Il rencontre près d'un quart du personnel non médical à l'occasion de 12 réunions de pôle. Il explique sa démarche en l'appuyant sur des enjeux règlementaires, d'équité, et financiers.

Il convient de souligner que cette période est marquée par un intérim à la Direction des Ressources Humaines. Suite au départ du précédent DRH et en l'attente de l'arrivée du nouveau DRH mi-avril 2015, l'adjoint au DRH fait fonction. Le chef d'établissement est porteur, en première ligne, du projet de renégociation pendant tout le premier semestre 2015.

Entre avril et mai 2015, 6 séances de négociation sont organisées avec les 3 organisations syndicales présentes dans l'établissement : la CGT (49,74%), la CFDT (46,93%), Sud (3,33%). Le chef d'établissement est accompagné d'un consultant pendant l'intégralité de ces négociations. L'hôpital est confronté à un mouvement de grève, qui demeure toutefois d'une ampleur contenue. Le 8 juin 2015, la CFDT et Sud (représentant à eux deux 50,3%) signent le protocole. Celui-ci prévoit notamment¹⁴ :

- Durée quotidienne de travail de 7h30, générant 14 RTT
- Principe de suivi individuel de l'obligation annuelle de travail (OAT)
- Précisions sur le décompte du temps de formation et les forfaits temps de trajet
- Précisions sur le décompte des congés annuels et le taux de départ. Principe de planification et de lissage des congés sur l'année
- Reprise d'un RTT pour la journée de solidarité, maintien d'un férié local, accord du deuxième férié local sous conditions
- Principe de validation des heures supplémentaires par l'encadrement et de récupération des heures sur le cycle de travail

¹² Subvention exceptionnelle de l'ARS visant à compenser les effets de la pression migratoire, subventions IFAQ et hôpital numérique, vente de patrimoine, etc.

¹³ Parmi les autres axes du plan de performance : la gestion des lits, la stérilisation, la pharmacie, le bloc opératoire, le codage, les secrétariats médicaux ...

¹⁴ Annexe 2

- Principe de remplacement en 1 pour 1 des congés CLM, CLD et maternité
- Précisions sur les astreintes
- Volet social : pérenniser les emplois contractuels, favoriser l'évolution de carrière, concilier vie professionnelle et vie familiale

Parallèlement, l'encadrement soignant est formé aux maquettes organisationnelles au printemps 2015. Chaque cadre de santé réalise une évaluation de la charge en soins dans son service au mois de juin, puis organise des groupes de travail pour élaborer de nouvelles maquettes organisationnelles avec ses équipes. Les nouvelles maquettes sont présentées en CTE et en CHSCT en novembre et décembre 2015.

Au dernier CHSCT, le 8 décembre 2015, l'instance décide par délibération de désigner un expert, en considérant que le projet est de nature à modifier en profondeur les conditions de travail de l'ensemble des personnels. Cette demande d'expertise extérieure est portée par la CGT. Le 18 décembre, le directeur du CHC demande l'annulation de la délibération en assignant en référé le CHSCT au TGI. Après plusieurs reports d'audience, le juge décide l'annulation de la demande d'expertise par ordonnance du 8 juin 2016, considérant que les conditions d'une demande d'expertise ne sont pas réunies, « attendu qu'en lui-même cet accord ne peut s'analyser comme étant un projet important »¹⁵.

Le nouveau protocole sur le temps de travail du CHC est entré en application au 1 janvier 2016. Ces nouvelles règles s'accompagnent de plusieurs décisions connexes :

- Une démarche d'apurement, en 2015, des compteurs d'heures supplémentaires et de congés non soldés, afin de démarrer l'application du nouveau protocole avec une dette sociale réduite ;
- Le gel des heures supplémentaires encore stockées fin 2015, et l'arrêt de l'abondement de ces compteurs par une politique de validation et de rendu rapide des heures réalisées ;
- La disparition du pool de remplacement (ECS : équipe de compensation et de suppléance) ;
- La disparition des mensualités de remplacement déléguées aux pôles.

¹⁵ Ordonnance en la forme des référés rendue le 8 juin 2016, Tribunal de Grande Instance de Boulogne sur Mer, Centre Hospitalier de Calais

L'aménagement du temps de travail et la performance des organisations dans la littérature

G.Provonost, dans « Sociologie du temps » (1996)¹⁶, définit l'aménagement du temps de travail comme « la redistribution de l'ensemble ou d'une partie des temps sociaux et humains, de manière à permettre aux individus et aux collectivités, un usage du temps qui corresponde à leurs besoins et à leurs aspirations ». La gestion du temps de travail recouvre ainsi de nombreux enjeux : maîtrise de la masse salariale, respect des contraintes règlementaires, qualité des soins, qualité de vie au travail ou équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

Dans sa thèse (2002)¹⁷, F.Noguera pense l'ARTT comme un instrument de performance. Elle formule l'hypothèse selon laquelle « l'aménagement et la réduction du temps de travail, au-delà de son statut de contrainte, constitue une variable stratégique et organisationnelle pour les entreprises et les organisations. L'instrumentation et le pilotage d'un projet stratégique d'ARTT, allant de sa conception à son évaluation, contribuent à améliorer leurs performances ». Pour elle, la négociation sur le temps de travail doit viser la recherche d'un certain « optimum du moment », et « favoriser des arrangements visant à améliorer le fonctionnement de l'entreprise ». Ainsi, les entreprises doivent voir dans l'ARTT non une contrainte règlementaire, mais l'opportunité d'une démarche de performance organisationnelle et stratégique créatrice de valeur ajoutée, laquelle sera ensuite partagée entre l'ensemble des parties prenantes. Présentant la méthodologie d'une démarche projet d'« apprentissage organisationnel », elle précise que « la réduction du temps de travail ne peut se mettre en place qu'à la condition d'une transformation globale de l'organisation, qui elle-même est un moyen de faire émerger les gisements de productivité et de compétitivité que contient l'entreprise ».

En 2004, D.Tournourd et A.Montigny, élèves-ingénieurs de l'Ecole des Mines, s'intéressent à la mise en œuvre de l'ARTT à l'hôpital. En s'intéressant à l'exemple du CH de Lagny Marne La Vallée, ils font l'hypothèse que l'ARTT est l'occasion de mettre à plat les organisations dans une logique de progrès. Toutefois, leur étude les amène à conclure

¹⁶ PRONOVOST, G (1996), Sociologie du temps, Ouvertures Sociologiques, De Boeck - Cité par : NOGUERA, F (2002), Management stratégique du temps de travail : Instrumentation et impact de l'aménagement – réduction du temps de travail, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Ecole doctorale Sciences Humaines et Sociales, Université Lumière Lyon 2

¹⁷ NOGUERA, F (2002), op.cit.

négativement : « Les organisations n'ont pas été bousculées par la RTT »¹⁸. Le projet d'efficacité évoqué par F.Noguera ne semble donc pas ici réalisé.

Problématique

Le présent mémoire s'inscrit dans la continuité de cette interrogation sur le lien entre gestion du temps de travail et efficacité organisationnelle d'une entreprise. Il s'appuie pour cela sur l'exemple de la renégociation de l'accord local ARTT et GTT au Centre Hospitalier de Calais, dont il vise à mesurer l'impact.

Au regard de l'exemple particulier du Centre Hospitalier de Calais, peut-on voir dans la négociation locale sur le temps de travail un levier pertinent d'efficacité organisationnelle à l'hôpital ? En quoi l'évolution de la GTT peut-elle être un outil d'accompagnement des transformations organisationnelles ?

Il s'agira d'interroger les perspectives d'efficacité, en définissant plus particulièrement cette notion comme recouvrant :

- Des règles de gestion du temps de travail claires et équitables ;
- Des organisations de travail respectueuses de la réglementation sur le temps de travail ;
- Des organisations de travail favorisant la qualité des soins et des services aux patients, ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels de l'établissement ;
- Une gestion économe de la masse salariale.

Cette recherche nous amènera à répondre en sus aux questions suivantes :

L'état actuel des contraintes réglementaires, financières et organisationnelles est-il un frein ou un levier à l'efficacité de la GTT à l'hôpital ?

Les professionnels hospitaliers sont-ils prêts à devenir acteurs d'une nouvelle GTT ? Les habitudes professionnelles peuvent-elles évoluer vers plus de coordination et de régulation au niveau local ?

Il conviendra tout d'abord de revenir sur les objectifs et la mise en œuvre du nouveau protocole (1), en étudiant successivement les modalités de construction d'une GTT plus

¹⁸ TOURNOUD, D, MONTIGNY, A (2004), La réduction du temps de travail dans un hôpital public : L'autonomie des services en question, Elèves-ingénieurs, Centre de Gestion Scientifique, Ecole des Mines de Paris

experte et équitable (A), le respect d'exigences de performance financière par la GTT (B) et le choix de conduire un travail de refonte des maquettes organisationnelles (C).

Une première évaluation des résultats et des limites de cette démarche en présentera ensuite toute la complexité (2), inhérente au cadre très contraignant de la réglementation sur la GTT (A) mais aussi à la confrontation des schémas organisationnels au facteur humain et à la réalité organisationnelle (B). Les premiers éléments de bilan financier interrogent la pertinence de ce levier d'efficience (C).

Dès lors, l'efficience semble dépendre de la capacité de l'établissement à faire émerger un nouveau modèle de GTT (3), fondé sur une acception élargie de la notion d'aménagement du temps de travail (A) et sur sa gestion décentralisée, concrétisant une forme de nouveau contrat social (B). Le niveau de maturité des acteurs comme l'état actuel de la réglementation freinent l'essor d'un tel modèle (C). Nous concluons enfin en revenant sur le lien entre GTT et organisations.

Méthodologie et limites de la recherche

Ma formation d'élève directeur d'hôpital m'a permis d'être présente au Centre Hospitalier de Calais de février à avril 2015, puis de janvier à août 2016. Le premier temps de stage correspondait donc à la phase de communication préalable sur le projet de renégociation de l'accord local, puis à l'ouverture des négociations elles-mêmes. Mon retour dans l'établissement en 2016 coïncidait quant à lui avec l'entrée en application des nouvelles règles de GTT, mais aussi avec une interrogation de la direction quant au rapport coûts-bénéfices de cette réforme : le jeu en valait-il vraiment la chandelle ? Lors de mon premier comité de direction, début janvier 2016, le chef d'établissement partageait en effet sa crainte d'avoir fait « tout ça pour ça » et envisageait finalement un retour sur investissement très mitigé.

Parallèlement, la renégociation engagée à l'AP-HP a fortement médiatisé le sujet du temps de travail (et des 35h) à l'hôpital. Il m'a donc assez vite semblé intéressant d'explorer davantage cette thématique dans le cadre de mon mémoire de fin de formation.

Ma présence dans l'établissement m'a permis pour cela de recueillir un matériel important en participant à des réunions diverses ou en échangeant avec des professionnels de l'établissement. J'ai notamment pu approcher le sujet de manière détournée, en travaillant sur des thématiques connexes dans le cadre de mon stage. J'ai ainsi été confrontée à l'expression massive d'un sentiment de souffrance au travail à l'occasion du pilotage

d'une démarche sur la qualité de vie au travail. J'ai par ailleurs rédigé une procédure d'organisation du service minimum en cas de grève, ce qui a été l'occasion de m'intéresser aux besoins en effectifs identifiés par les organisations mais aussi d'échanger sur la « dégradation » des organisations avec les organisations syndicales et des représentants de l'encadrement. J'ai également fait un travail de réflexion sur la prévention de l'absentéisme. Ces travaux parallèles m'ont conforté dans le choix de mon sujet de mémoire, tout en apportant de nouvelles orientations à ma réflexion.

J'ai ensuite complété ces premières approches du sujet par la conduite de nombreux entretiens semi-directifs. J'ai choisi tout d'abord de cibler plusieurs services de l'établissement, au sein desquels j'ai souhaité interroger le ressenti du cadre, des soignants et des médecins, sur le protocole et la nouvelle organisation du travail¹⁹. J'ai ainsi investigué plus particulièrement les services de : neurologie/gériatrie, diabéto/gastro, chirurgie ortho/traumato, pédiatrie, pharmacie, imagerie²⁰. J'ai parallèlement échangé avec des représentants de la CGT et de la CFDT, ainsi qu'avec l'adjoint à la DRH et l'adjoint à la direction des soins en leur qualité de référents GTT. Si j'ai laissé à ces acteurs l'opportunité de s'exprimer librement et sans retenue, mon positionnement d'élève directeur (membre à ce titre de l'équipe de direction), est un biais probable de cette recherche.

J'ai également pris contact avec des DRH d'établissements ayant renégocié récemment leur accord local, dans une démarche de benchmark. J'ai par ailleurs souhaité recueillir l'approche d'acteurs institutionnels, en interrogeant la FHF et l'ARS Hauts de France.

Naturellement, j'ai eu l'occasion d'échanger sur cette thématique, de façon plus ou moins formelle, avec les membres de l'équipe de direction, notamment le chef d'établissement et le directeur des soins. J'ai pu également récupérer des informations financières du contrôleur de gestion RH.

La temporalité de ma recherche constitue une de ses principales limites. Conduire une étude d'impact à 6 mois seulement de l'application des nouvelles règles et organisations

¹⁹ Les entretiens visaient ainsi notamment à échanger avec ces professionnels sur : les objectifs de la réforme, le contenu du protocole, la conduite du travail de refonte des maquettes, l'impact des nouvelles maquettes sur l'organisation actuelle du service et sur le travail des professionnels

²⁰ Ces services ont été définis en concertation avec le directeur des soins et le chef d'établissement, sur différents critères : spécificité des changements organisationnels mis en œuvre, difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, ...

peut sembler prématuré. Ce stade correspond davantage à celui de l'appropriation et de la digestion du changement qu'à celui de l'évaluation des résultats. L'impact à moyen terme d'une telle réforme ne peut être que présumé. Cette première évaluation permet néanmoins d'analyser à chaud les premiers impacts organisationnels de cette réforme.

1 Un projet ambitieux d'efficience par l'expertise sur la GTT et la performance organisationnelle

La renégociation de l'accord local est la partie émergée d'une réforme d'ampleur de la GTT et des organisations du CHC. Cette mesure agrège autour d'elles de nombreuses réformes connexes qui, ensemble, poursuivent divers objectifs ambitieux : la promotion d'une GTT experte et règlementaire, la maîtrise de la masse salariale, la recherche de performance organisationnelle.

1.1 Le retour à une GTT juste, équitable et experte

En renégociant l'accord local de 2002 sur la réduction du temps de travail, le CHC a souhaité se mettre en conformité avec la réglementation sur le temps de travail et investir dans une GTT plus experte et plus équitable.

1.1.1 Un diagnostic clair sur l'état de la GTT au CHC

Le diagnostic réalisé début 2015 par un cabinet conseil fait état d'un accord incomplet et peu précis : l'accord ne compte que 21 pages, et le guide du temps de travail est lacunaire. L'application des règles sur le temps de travail varie dès lors selon le service et le cadre concerné. La réglementation sur le temps de travail semble relativement méconnue de l'encadrement et il n'existe pas, dans tous les services, de documents de type maquettes ou roulements. L'organisation du travail au CHC est ainsi, en général, peu formalisée, peu transparente et peu regardante s'agissant du respect de la réglementation sur le temps de travail.

Le logiciel de gestion du temps de travail (« Gestor ») est insuffisamment maîtrisé par l'encadrement, et il se révèle extrêmement chronophage dans son utilisation. Surtout, le paramétrage du logiciel fait défaut : génération automatique d'heures supplémentaires ou de récupérations irrégulières, et aucun suivi de l'obligation annuelle de travail (OAT) des professionnels.

L'application des règles de gestion du temps de travail au CHC démontre l'existence de nombreuses exceptions catégorielles. Justifiées historiquement, la survivance et la multiplication de ces particularismes dans l'établissement ont abouti à une GTT très inéquitable. Les manipulateurs radios, par exemple, ont bénéficié jusque fin décembre 2015 d'une rémunération en heures supplémentaires de leurs dimanches travaillés. Ils

disposaient en outre de cinq jours de congés rayons, pourtant supprimés en 1985²¹. Autre exemple, les préparateurs en pharmacie profitaient d'une journée de récupération tous les quinze jours, selon un cycle les faisant travailler 40h en semaine 1 et 32h en semaine 2.

Plus généralement, le protocole et son application présentaient de nombreux écarts avec la réglementation. Alors que le protocole posait le principe d'une organisation quotidienne du travail en 7h36, la plupart des services de soins avaient conservé une organisation en 7h45 jugée plus adaptée aux besoins des transmissions. Cette organisation justifiait l'octroi de 4 récupérations supplémentaires, en sus des 18 jours de RTT. Soit un total, non règlementaire, de 22 jours RTT pour les agents concernés. Les professionnels du CHC bénéficiaient par ailleurs de deux fériés locaux extraréglementaires, et le décompte des congés annuels était réalisé en jours et non en heures comme le prévoit désormais la réglementation. Il convient de noter néanmoins que le temps de repas n'était pas compté dans le temps de travail, comme cela reste encore aujourd'hui le cas dans de nombreux établissements.

Les dysfonctionnements inhérents à cette gestion du temps de travail se sont traduits notamment par une croissance continue de la dette sociale de l'établissement. Au 31 décembre 2013, 65 000 heures sont dues aux professionnels de l'établissement au titre des heures supplémentaires stockées. Depuis, une démarche volontariste de réduction de la dette sociale a ramené ce stock à 31 210 heures à fin décembre 2015.

Pour la direction comme pour les organisations syndicales, l'accord local de 2002 constituait un protocole ancien qui avait besoin d'évoluer. La CFDT a ainsi évoqué lors de notre rencontre la nécessité d'améliorer le protocole, de préciser la GTT et de ramener de l'équité entre agents et entre pôles. La CGT a reconnu quant à elle un besoin d'aménager l'accord local de 2002.

1.1.2 Des objectifs de mise en conformité avec la réglementation, d'expertise et de transparence

Le nouveau protocole visait ainsi, en premier lieu, une mise en conformité avec la réglementation sur le temps de travail. En principe, le champ des négociations est dès lors limité. Il s'agissait prioritairement d'un rappel aux règles sur la GTT, avec pour conséquences la perte de certains acquis pour les agents de l'établissement, notamment :

²¹ Circulaire DH/8D 85-77 du 30 janvier 1985 relative aux congés accordés à certains personnels des services d'électroradiologie

perte de 4 à 8 jours de RTT, disparition des congés extraréglementaires, disparition des exceptions catégorielles.

Néanmoins, la négociation d'un accord social local repose sur le compromis, lequel n'est pas toujours compatible avec l'application stricte de la réglementation. Par conséquent, le nouveau protocole inclut ses propres entorses à la réglementation : maintien de fériés locaux extra-légaux, ou exception au principe du décompte du temps de formation au réel pour les agents de nuit. La GTT locale – négociée – s'est donc parfois écartée d'une retranscription simple et fidèle de la réglementation.

A côté de la renégociation de son accord local, l'établissement a fait le choix d'investir dans plus d'expertise interne sur la GTT. Une montée en compétences des différents acteurs impliqués était en effet indispensable à la bonne application du nouvel accord. La renégociation a ainsi eu pour conséquence indirecte la formation de l'encadrement à la réglementation sur le temps de travail et à la création des maquettes, cycles et roulements. L'adjoint du DRH et l'adjoint du directeur des soins ont été positionnés comme référents GTT au sein de l'établissement. Ce binôme a favorisé le rapprochement entre ces deux directions fonctionnelles et permis un travail collaboratif tant sur la mise à jour du guide interne GTT que sur la gestion du remplacement. A la direction des ressources humaines, des réunions régulières entre le référent GTT et les gestionnaires RH ont été organisées pour rendre des réponses justes et uniformes aux nombreuses questions sur les nouvelles règles GTT. Enfin, l'acquisition d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail est en cours.

Plus globalement, le protocole a marqué l'entrée d'une nouvelle nomenclature au CHC : les acronymes OAT (Obligation Annuelle de travail), EPN (Effectifs Productifs Nécessaires) ou RPLT (lignes prévues dans les roulements pour la pose des congés et RTT) sont devenus monnaie courante dans l'établissement, sans être toujours bien compris d'ailleurs. Pour les médecins rencontrés, ce nouveau vocabulaire n'a fait que renforcer l'aspect « abscons » de la GTT des paramédicaux. Un temps d'apprentissage paraît nécessaire pour que ces nouveaux principes et nouvelles pratiques soient digérés par tous : ainsi, le bon usage des « RPLT » suppose par exemple que tous les professionnels apprennent à poser régulièrement et en amont l'ensemble de leurs congés.

Enfin, le nouveau protocole, et les décisions qui lui sont connexes, ont favorisé la clarté de la GTT de l'établissement. La signature de l'accord a été l'occasion d'une communication auprès de l'ensemble des professionnels sur son contenu et sur les règles

de gestion du temps de travail. La refonte des maquettes organisationnelles a créé quant à elle une transparence inédite sur les organisations de l'établissement. Construites selon une trame homogène, et validées en instance, les maquettes organisationnelles sont désormais toutes disponibles à la direction des soins, à la DRH et auprès des organisations syndicales.

Les professionnels soignants rencontrés (IDE et AS notamment) m'ont toutefois démontré leur relative méconnaissance de cet accord, nuanciant la bonne réception par les agents des efforts de communication déployés par la direction. Dans l'un des services retenus pour mon enquête, le cadre de santé a pris l'initiative de mettre à disposition, en salle de soins, le texte du nouveau protocole. C'est dans ce service que j'ai rencontré les soignants les plus au fait du contenu de cet accord.

1.2 L'exigence de la performance financière par la GTT

Si l'on peut défendre de nombreux bénéfices non financiers à la renégociation de l'accord local du CHC, c'est toutefois bien une exigence de performance financière qui a déclenché le projet. La réalisation d'économies sur la masse salariale constitue dès lors un des objectifs prioritaires du nouveau protocole.

Les projets de renégociation des accords locaux sur le temps de travail se fondent sur le calcul suivant : la diminution de la durée quotidienne de travail pouvant être absorbée par des gains de productivité, la réduction du nombre de jours RTT équivaut à la récupération de temps agent. Cette manne peut permettre aux établissements de réduire leur masse salariale sans réduire leurs effectifs, grâce à une diminution des budgets remplacements et de la dette sociale.

Mais la mesure promet également l'augmentation des effectifs présents dans les services, et/ou offre l'opportunité de redéployer des effectifs vers de nouvelles activités. Sont ainsi réunis, en théorie, les souhaits des services d'une augmentation des effectifs et les demandes des tutelles d'une réduction de la masse salariale.

Au CHC, la renégociation s'est appuyée sur la promesse d'une récupération de 40 ETP environ, ou 900 000 euros hors charges. Cette masse financière se révélait équivalente au budget annuel des remplacements. La réinjection de ces 40 ETP dans les effectifs de l'établissement devant permettre d'assumer les besoins en remplacement, l'établissement a instauré le principe de l'auto-remplacement pour les arrêts de courte durée comme pour les congés annuels et RTT. Le nouveau protocole prévoit parallèlement le remplacement

en 1 pour 1 de tous les arrêts longue maladie, longue durée et maternité, ce qui équivaut déjà à un taux de remplacement des absences de 50% environ.

Au-delà, la réduction du nombre de jours de RTT pourrait favoriser la réduction du budget remplacement par la diminution du taux d'absentéisme. Certains avancent en effet un lien de correspondance entre le nombre de jours de RTT négociés et le niveau d'absentéisme, comme l'expose notamment l'enquête Figaro sur l'absentéisme à l'hôpital (2016)²². Toutefois, des DRH rencontrés dans le cadre du benchmark constatent plutôt l'augmentation de leur taux d'absentéisme avec la réduction du nombre de jours RTT : la réduction du nombre de jours à la disposition des agents pourrait les inciter à les utiliser avec plus de parcimonie, et notamment à solliciter un congé maladie (souvent pour plusieurs jours) en cas de petit problème de santé, là où les agents posaient plutôt un jour de congé ou de RTT précédemment.

Le CHC s'est par ailleurs engagé à réduire sa dette sociale, avec une politique de rendu des heures supplémentaires stockées, et de non-abondement des compteurs d'heures supplémentaires et de congés à l'avenir. La suppression de certains avantages catégoriels et la revue des lignes d'astreintes existantes doivent également permettre de réduire le coût de la permanence des soins.

Enfin, ce projet d'efficience par la GTT a fondé la nécessité d'une montée en compétences et d'une structuration du contrôle de gestion RH. L'arrivée d'un nouveau contrôleur de gestion sur le poste a permis le lancement d'un travail de construction de nouveaux outils de suivi, renforcé par l'acquisition en cours d'un nouveau logiciel de pilotage.

1.3 La réalisation d'un travail « titanesque » sur les organisations

Le nouveau protocole sur le temps de travail exigeait une évolution des organisations de travail afin de réduire de 6 à 15 minutes (organisations en 7h36 ou en 7h45+4 récupérations) les durées quotidiennes des postes. De nombreux établissements ont fait évoluer leurs organisations en ce sens, sans refonte de leurs maquettes organisationnelles. Parmi les établissements interrogés, un premier n'a pas revu ses maquettes organisationnelles, tandis qu'un second ne s'y est engagé que contraint par le juge administratif.

²² Guichard, G (2016), L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public, in Le Figaro

D'autres établissements à l'inverse, dont le CHC, ont profité d'un nouveau protocole GTT pour conduire un travail sur leurs organisations. Le protocole a ainsi créé l'opportunité d'une démarche plus ambitieuse de performance des organisations de travail, afin notamment de promouvoir des organisations adaptées aux besoins du patient.

De juin à octobre 2015, le CHC s'est engagé dans une refonte globale de ses maquettes organisationnelles, travail qualifié de « titanesque » *a posteriori* par le directeur des soins.

1.3.1 La méthodologie du travail sur les maquettes organisationnelles

Ce travail sur les organisations de travail a démarré par la formation de l'encadrement à la construction des maquettes, cycles et roulements. Il s'agissait là pour de nombreux cadres de notions nouvelles à s'approprier. Précisons avant toute chose quelques définitions²³ :

-La maquette organisationnelle est un outil qui formalise dans chaque service l'organisation du travail, c'est-à-dire le nombre et la répartition des postes fonctionnels nécessaires, et les horaires de travail au cours de la semaine. La maquette est le document qui formalise les choix organisationnels du service. Elle permet de calculer les effectifs productifs nécessaires au service en partant des besoins de l'organisation des soins.

-Le cycle de travail est une période de référence de plusieurs semaines au sein de laquelle la durée du travail est, le plus souvent, répartie inégalement. Cette répartition se répète d'un cycle à l'autre.

-Le roulement articule entre eux les cycles de travail des différents agents affectés dans une fonction, en tenant compte du nombre nécessaire de postes défini par la maquette.

-Le planning ou tableau de service est la reproduction du roulement et du cycle sur une période déterminée et datée.

La construction des maquettes étant fondée sur une réflexion sur l'activité et sur les besoins en soins de chaque service, un travail d'évaluation de l'activité et de la charge en soins a été conduit dans tous les services de soins en juin 2015. Des indicateurs d'évaluation ont été définis au niveau de l'établissement, incluant divers indicateurs

²³ DANOS, JP, Moussi, N (2015), Constitution de maquettes organisationnelles : Dimensionnement des effectifs

d'activité (nombre de séjours, indices de sévérités, DMS, etc.) et la prise en compte des profils patients (âge, IMC, comorbidités, etc.). Les cadres ont par ailleurs défini des indicateurs pour décompter sur un mois l'ensemble des soins réalisés dans le service, en incluant tant les soins techniques que les soins relationnels ou les tâches afférentes aux soins. La méthodologie SIIPS²⁴, déjà connue et utilisée dans l'établissement, a notamment été prise en référence. L'exemple des indicateurs retenus par un service de médecine est présenté en annexe²⁵.

Il a ainsi été demandé aux soignants de reporter, pendant un mois, l'ensemble des tâches réalisées. Les cadres administratifs de pôle ont pu apporter une aide appréciée pour le recueil et l'analyse de données. Les résultats ont fait l'objet d'analyses et d'échanges avec les agents, dans le cadre de groupes de travail.

Si les cadres et les agents se sont investis dans la démarche de façon variable, il peut être noté que les services normés (dans lesquels le dimensionnement des effectifs ne relève pourtant pas de cette démarche) y ont vu également un intérêt à disposer d'éléments précis sur leur activité et leur travail.

De l'évaluation de la charge en soins a découlé la réflexion sur le nombre de postes de travail nécessaires par jour et par fonction. Pour cela, l'établissement s'est appuyé sur des indicateurs nationaux de dimensionnement des effectifs et a sollicité le cabinet conseil qui l'accompagnait dans sa démarche pour un benchmark. Alors que les organisations précédentes avaient été définies selon une même logique mathématique appliquée uniformément à tous les services (par exemple, 1 IDE pour 12 à 15 patients, sauf services normés), ce redimensionnement s'est véritablement fondé sur la charge en soins.

Les maquettes, cycles et roulements ainsi travaillés ont été discutés avec les soignants en réunions de service. Des votes entre plusieurs scénarii ont parfois eu lieu. Les maquettes et les cycles ont pour finir été présentés en CHSCT et en CTE. Un exemple de maquette organisationnelle et de cycle est présenté en annexe²⁶.

²⁴ La méthode SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) est un outil d'évaluation de la charge en soins d'une personne soignée.

²⁵ Annexe 3

²⁶ Annexe 4

1.3.2 La recherche d'organisations plus efficaces

En dépit de certaines imperfections ou limites sur lesquelles nous reviendrons plus loin, ce travail sur les maquettes organisationnelles a permis d'ouvrir une réflexion et des échanges sur les organisations. Un des cadres de santé rencontré y a vu un exercice intellectuel très épanouissant et porteur de sens au travail. Il en ressort différentes innovations organisationnelles, qu'il s'agisse d'évolution des effectifs, des horaires de travail, des prises en charge ou des modes de remplacement des absences.

A) Des évolutions en matière d'effectifs

La refonte des maquettes organisationnelles a permis de revoir le dimensionnement des effectifs dans l'ensemble des services. Ce faisant, les effectifs ont gagné en cohérence et en équité. Par exemple, un rééquilibrage a été opéré entre les services de médecine (identifiés comme souffrant d'un sous-effectif) et les services de chirurgie. La plupart des services ayant par ailleurs conscience des exigences de performance financière auxquelles l'établissement se trouvait contraint, le redimensionnement a surtout vu des propositions de maintien ou de rendu d'effectifs. Les IDE de chirurgie ortho-traumato ont par exemple proposé d'eux-mêmes de réduire d'un IDE les effectifs de week-end²⁷.

Le rééquilibrage des effectifs en fonction de l'activité du service a également conduit à prendre en compte les variations d'activité au cours de la semaine. En chirurgie ambulatoire, un poste supplémentaire a été prévu les mardis et jeudis, ces deux jours étant caractérisés par un nombre plus important de patients. En chirurgie viscérale, gynéco et urologie, l'évaluation réalisée a permis d'identifier un pic d'activité les mercredis et jeudis, ce dont il a été tenu compte dans la maquette organisationnelle.

Enfin, l'évaluation de la charge en soins a conduit à rééquilibrer les postes de travail sur la journée. Le service de neurologie et gériatrie a ainsi relevé des difficultés sur la charge en soins l'après-midi et fait le choix de transformer un poste d'AS de matin en poste d'après-midi. Dans les services de pédiatrie, le faible nombre de sorties réalisées le matin et le schéma des flux aux urgences pédiatriques ont conduit à privilégier les postes d'après-midi. Il s'agit bien là d'évolutions réalisées pour des motifs d'amélioration des prises en charge et non pour satisfaire les préférences des agents, ces derniers favorisant

²⁷ Par cette initiative, le service préférerait choisir les modalités de rendu des effectifs plutôt que celui-ci ne lui soit imposé.

traditionnellement les postes de matin. La prise en compte de l'activité et des besoins sur la journée a également conduit à des évolutions des horaires de travail des agents.

B) Une redéfinition des horaires des postes de travail

Les nouvelles maquettes ont marqué l'introduction, dans un grand nombre de services, d'arrivées en décalé. L'évaluation de la charge en soins a en effet questionné le besoin de disposer de nombreux soignants dès 6h30 ou jusqu'à 21h30. Les arrivées en décalé permettent ainsi de mieux tenir compte des rythmes des patients, et favorisent l'efficacité des transmissions en réduisant les temps de chevauchement entre postes.

Les besoins de l'activité ont également conduit à développer des horaires de journée moins conventionnels. La trame d'activité des ASH a ainsi rapidement mis en évidence un faible niveau d'activité tôt le matin et en fin de journée : les sorties ont en effet lieu (idéalement) en fin de matinée, et surtout dans l'après-midi. Cette analyse ne semblait pas justifier l'organisation traditionnelle en horaires de matin et d'après-midi. Les services de pédiatrie ont par conséquent fait évoluer l'organisation des postes ASH en 9h-17h et 10h-18h, tandis que le SSR a proposé des postes en 7h-14h30 et 10h-18h. Pour tenir compte des besoins en soins relationnels et soins palliatifs, le service de cardio-pneumo a quant à lui créé un horaire AS en 10h-18h. Ces réflexions ont également nourri de futurs projets : le cadre de pôle de pédiatrie envisage par exemple de faire terminer à 23h un poste IDE d'après-midi, afin de répondre au pic d'activité des urgences pédiatriques.

Certains services ont par ailleurs fait le choix de panacher différents horaires de poste. Le SSR a ainsi introduit un poste d'AS en 10h le week-end, tandis que la chirurgie ambulatoire cumule des postes en 7h30 et en 12h. L'allongement de la durée des postes répond à une demande croissante des agents, qui préfèrent aujourd'hui réduire leur nombre de journées de travail. Les samedi et dimanche, des horaires plus longs permettent également de réduire le nombre de week-end travaillés. Parallèlement, ces horaires peuvent concourir à une amélioration des prises en charge dans certains services en favorisant la continuité de la relation patient-soignant. Toutefois, la charge de travail ne rend pas une telle organisation possible dans tous les services, et a notamment conduit les agents comme la direction des soins à rejeter cette option en gériatrie et à l'EHPAD.

L'organisation historique du travail soignant prévoyant un horaire de matin, un horaire d'après-midi et un horaire de nuit, et intercalant entre chacun des temps de transmission en équipe, est donc en train d'être dépassée. A ce schéma traditionnel succède une

organisation à la carte, fondée sur la réponse – poste par poste – aux besoins d’activité et de prise en soins.

Une même dynamique peut être retrouvée dans certains services supports. Ainsi, l’organisation du travail des préparateurs en pharmacie a également été repensée, selon une logique de performance et de qualité du service rendu aux services clients. Les préparateurs travaillaient jusque là en 8h-16h30, avec un poste additionnel en 9h-17h30. La réflexion conduite avec un cabinet conseil, dans le cadre du plan de performance, a mis en lumière des horaires d’ouverture aux services non adaptés et des retards fréquents en fin de poste. Cette organisation était génératrice d’heures supplémentaires pour les préparateurs. La nouvelle maquette a dès lors introduit, comme dans les services de soins, des arrivées en décalé ainsi qu’un nouvel horaire en 10h-18h. Cela a permis d’augmenter la plage d’ouverture de la pharmacie et a considérablement réduit le recours aux heures supplémentaires.

C) De nouveaux modèles d’organisation des soins et des prises en charge

La réflexion sur les maquettes organisationnelles a en outre apporté plus-value et innovation sur l’organisation des soins et les modes de prises en charge. La refonte des maquettes a en effet abouti à la rédaction des fiches de poste et des déroulés de poste, qui n’étaient pas jusque là disponibles dans tous les services. Ce travail a favorisé la clarté des organisations et a facilité l’intégration des nouveaux arrivants, tout en interrogeant la répartition des différentes tâches à l’intérieur du service. L’USINV²⁸ et la neurologie ont ainsi fait le choix de concentrer sur un nouveau binôme de filière IDE-AS les missions relatives à la coordination de la prise en charge et à l’accompagnement du patient au sein de la filière neurologique, de la thrombolyse à la consultation post-AVC. A moyens constants en effectifs, la réflexion sur les déroulés de poste a ainsi permis de développer la coordination et la structuration des soins en filière, au bénéfice de la qualité de prise en charge des patients.

Le nouveau protocole a également incité au développement de la polyvalence. L’auto-remplacement des arrêts de courte durée et des congés est en effet facilité par les possibilités d’entraide et de polyvalence entre services. Ce nouveau principe a par exemple conforté et accéléré le projet de polyvalence déjà engagé entre les services de consultation et d’hospitalisation de chirurgie : l’IDE de consultation passe désormais quelques heures en hospitalisation deux fois par semaine, ce qui lui permet à la fois de

²⁸ Unité de Soins Intensifs Neurologiques et Vasculaires

maintenir la compétence de l'hospitalisation en vue d'éventuels remplacements, et d'apporter au service d'hospitalisation son expertise sur certains soins (pansements notamment).

Naturellement, la réduction à 7h30 de la durée quotidienne de travail a aussi invité à un travail sur l'optimisation du temps des soignants. Le temps de transmission est le premier visé, avec dans une majorité de services le passage à des transmissions sectorisées, réalisées au calme dans des salles distinctes, et appuyées sur de nouveaux outils de transmissions écrites. Un travail sur les transmissions ciblées est par ailleurs en cours au niveau de l'établissement. Enfin, une démarche de prévention des interruptions de tâches a été lancée avec le service qualité et gestion des risques, donnant lieu notamment à la sacralisation du temps IDE d'administration des médicaments.

D) La recherche d'efficience dans la gestion du remplacement

Les conséquences organisationnelles du nouveau protocole sur le temps de travail incluent pour finir un changement de paradigme en matière de remplacement des absences. Le protocole prévoit en effet le remplacement en 1 pour 1 de l'ensemble des absences pour congés longue maladie, longue durée et maternité. Il en découle un principe d'auto-remplacement des arrêts de courte durée et des congés, auquel est venu se greffer la disparition des pools de remplacement existants dans chaque pôle et celle des mensualités d'été. Les effectifs des pools ont été réintégrés dans les effectifs des services.

La promotion de l'auto-remplacement favorise le maintien des compétences au service de la qualité de prise en charge des patients. La disparition des pools permet en outre de rompre avec une dynamique insider/outsider, en vertu de laquelle les derniers arrivés dans l'établissement commençaient par intégrer le pool. Ils étaient alors appelés à combler les trous laissés par l'organisation du travail des titulaires : cela les amenait notamment à enchaîner les postes d'après-midi et de week-end, et à changer fréquemment de service. Enfin, la nouvelle politique de remplacement des absences de longue durée permet à la DRH de privilégier les contrats longs et la fidélisation des personnels de remplacement. Compte tenu de l'effet d'apprentissage, l'allongement de la durée des contrats de remplacement permet à l'établissement de compter sur des professionnels plus performants.

L'évolution de la politique de remplacement introduite par le nouveau protocole vise donc l'équité entre professionnels et la compétence au service des patients.

Pour le directeur des soins, cette démarche organisationnelle conduite à la suite du nouveau protocole GTT a permis de redonner du sens aux organisations. Cette première étape reste néanmoins celle de l'expérimentation : ces nouveaux modèles organisationnels ne sont ni figés, ni généralisés dans l'établissement. Les services se sont engagés à des degrés divers dans cette démarche de refonte des organisations. Un cadre de chirurgie m'a ainsi expliqué être reparti des maquettes existantes. Les organisations en chirurgie, hors chirurgie ambulatoire, ont d'ailleurs globalement peu évolué. Toutes les organisations avaient toutefois déjà été refondues, trois à quatre ans plus tôt, au moment du déménagement de l'établissement.

Par ailleurs, des marches-arrières ont déjà été opérées. Les agents de cardio-pneumo ont par exemple choisi d'abandonner le nouvel horaire en 10h-18h. Nous verrons plus loin que les modalités de gestion des absences de courte durée restent l'objet de réflexions et de débats. Une démarche générale d'évaluation des nouvelles maquettes a été lancée par la direction des soins à la fin du premier semestre 2016. La présentation de maquettes corrigées est déjà prévue aux instances de fin d'année.

Il n'en demeure pas moins que le nouveau protocole a été générateur de changements considérables en un laps de temps réduit. S'ils portent des objectifs de rigueur, d'équité, de qualité de vie au travail et de qualité des soins et des prises en charge, ces changements restent difficiles à absorber si rapidement, tant pour les professionnels que pour les organisations. La conduite du changement et la confrontation des projets à la réalité ont montré les limites et les difficultés de cette démarche d'efficience.

2 Des tensions sociales, organisationnelles et financières

Le premier bilan à six mois de ces nouvelles règles et nouvelles organisations montre les limites, les difficultés et le mécontentement auxquels le CHC a été confronté dans la mise en œuvre de ce projet. Face aux objectifs ambitieux, les premiers résultats paraissent bien mitigés. Le jeu en valait-il vraiment la chandelle ? Cet écart entre les objectifs et les premiers résultats génère de la frustration et de la tension. Il conduit également à questionner la pertinence du choix de ce levier. La réalisation d'une évaluation à six mois reste néanmoins trop hâtive pour faire un bilan complet des gains et des coûts de ce projet.

2.1 La boîte de Pandore de la réglementation sur le temps de travail

L'objectif du CHC de mettre sa GTT en conformité avec la réglementation sur le temps de travail apparaît *a posteriori* comme une gageure. Alors que le contenu du protocole connaît déjà des écarts à la règle au nom de la négociation et du compromis, l'application opérationnelle de la réglementation en démontre toute la complexité. En se fixant un tel objectif, le CHC a braqué la lumière sur des règles difficiles à respecter ... ce qui amène à se demander s'il ne valait pas mieux conserver le voile existant sur l'aspect réglementaire des organisations du travail de l'établissement.

L'exercice de renégociation du protocole puis la présentation en instances de l'ensemble des maquettes organisationnelles ont amené les organisations syndicales comme la direction à porter une attention nouvelle au respect de la réglementation sur le temps de travail. Les retours des OS sur l'aspect non-réglementaire de tel ou tel cycle ou planning de travail ont été beaucoup plus nombreux, suite au protocole. Mais malgré ce regard attentif, les organisations du travail du CHC restent pour partie irrégulières, en raison de motifs liés aux préférences des professionnels ou aux moyens financiers disponibles.

Ainsi, la règle des deux repos hebdomadaires (RH) consécutifs par quinzaine n'est pas respectée dans la plupart des cycles construits autour d'un nombre impair de semaines, ce qui correspond le plus souvent à un effectif impair de professionnels dans le service. Dans ce cas, la quinzaine regroupant la dernière semaine du cycle et la première semaine du cycle suivant ne comprend pas les 2 RH consécutifs réglementaires²⁹. Les maquettes de l'EHPAD peinent également à respecter cette règle des 2 RH consécutifs car les effectifs financés par la convention tripartite ne le permettent pas. Les agents se

²⁹ Visible sur la maquette de cardio-pneumo présentée en annexe 4

sont par ailleurs opposés à une organisation du travail en 12h qui faciliterait l'octroi des 2 RH consécutifs.

Le respect rigoureux de la réglementation se révèle également contraire aux préférences des agents. Par exemple, de nombreux cycles ne respectent pas le repos hebdomadaire de 36h minimum : les plannings prévoyant un poste d'après-midi, un RH, puis un poste de matin, réduisent ce repos à 33h environ. Pour autant, c'est la contrepartie organisationnelle à la demande des agents de ne pas enchaîner trop longtemps des postes d'après-midi.

Le respect de la règle portant à un maximum de 48h la durée de travail hebdomadaire fournit un autre exemple de ce dilemme entre rigueur de la règle et respect des souhaits des agents. Les cycles de nuit sont traditionnellement organisés avec une semaine 1 de 5 nuits (lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche) et une semaine 2 de 2 nuits (mercredi, jeudi), portant à 50h le temps de travail en semaine 1. Alors que ces cycles ont été maintenus dans les services de soins, l'accueil-standard a revu ses organisations en s'astreignant au respect de la réglementation. Le cycle de nuit a ainsi évolué vers une semaine 1 de 3 nuits (lundi, jeudi, vendredi) et une semaine 2 de 4 nuits (mardi, mercredi, samedi, dimanche). En tenant compte des descentes de nuit, ce nouveau cycle aboutit à un week-end en dimanche-lundi et non plus en samedi-dimanche, ce qui n'est pas satisfaisant pour les agents. Ce cycle sera abandonné début septembre 2016, en réponse au mécontentement des agents concernés. Ces derniers pointaient notamment l'iniquité ainsi créée entre les professionnels de nuit du CHC.

Au-delà, l'évaluation à trois mois réalisée par la direction des soins sur les plannings depuis le 1 janvier a conclu au caractère exceptionnel des irrégularités. Celles-ci relèvent le plus souvent, soit d'une demande de permutation de poste à l'initiative de l'agent, soit d'une demande à l'initiative du cadre pour des motifs d'auto-remplacement.

On peut dès lors se poser la question de savoir si le respect de la réglementation sur le temps de travail justifie vraiment de revenir sur des compromis organisationnels satisfaisants pour les professionnels comme pour la qualité du service. La réglementation sur le temps de travail semble s'apparenter à une boîte de Pandore, qu'il serait recommandé de ne pas ouvrir. Toutefois, dans le même temps, la judiciarisation de la réglementation sur le temps de travail hospitalier (dont la multiplication des contentieux sur les protocoles GTT est le symptôme) pousse à la rigueur.

La complexité des règles elles-mêmes ne doit pas occulter néanmoins les difficultés liées au manque d'outils et de compétences pour l'application rigoureuse de cette réglementation. Une partie de l'encadrement semble toujours en difficulté sur la construction des cycles et l'application des règles de GTT, malgré la formation organisée en 2015. Par ailleurs, les outils existants pour le suivi du temps de travail ne sont pas adaptés à une gestion plus rigoureuse. Le logiciel actuel ne permet pas le suivi de l'obligation annuelle de travail, invitant les cadres à des palliatifs chronophages : le paramétrage d'un fichier Excel parallèle, ou le suivi manuel des compteurs sur des documents papiers. Le remplacement en cours du logiciel GTT a montré que les solutions présentes sur le marché proposent rarement un tel suivi.

Les plannings sont un document important pour les agents, et leur gestion constitue une mission non moins importante des cadres. Le nouveau protocole GTT a été à l'origine d'un surcroît de tensions sur les plannings, renforcé par le contentieux avec le CHSCT mais aussi par les difficultés sur l'auto-remplacement des absences de courte durée. La gestion du temps de travail au CHC a rarement été aussi chronophage pour l'encadrement, un cadre m'évoquant passer 80% de son temps de travail sur la GTT. La CFDT regrettait dans notre échange la disparition en pratique des cadres de proximité, ceux-ci étant désormais occupés à la gestion des plannings et des absences dans leur bureau.

2.2 Les schémas organisationnels à l'épreuve de la réalité

Contrairement aux ambitieux objectifs affichés, la mise en œuvre du nouveau protocole et des nouvelles maquettes organisationnelles a été marquée par de nombreuses difficultés et par l'expression d'une forte tension pendant toute la première moitié de l'année 2016. Le rythme et l'accompagnement du changement, mais aussi la confrontation des organisations au « facteur humain », ont fait de la GTT un sujet quasi « explosif » au CHC.

2.2.1 Une démarche de changement organisationnel imparfaite et inaboutie

Le protocole, les maquettes et l'ensemble des mesures connexes, constituent l'expérience d'un changement considérable pour le CHC. Le constat selon lequel « on n'a jamais changé les organisations comme cela » est partagé par de nombreux acteurs. Dans ce cadre, la mise en œuvre et l'accompagnement du changement ont montré certaines carences.

Pour tous, la réalisation du changement a été très (voire trop) rapide. Le protocole a été négocié en deux mois, les nouvelles maquettes élaborées en moins de six mois (période estivale incluse). Ce calendrier a limité la démarche participative prévue pour la refonte des maquettes. Malgré l'organisation de groupes de travail et de réunions de service, les soignants rencontrés pour des entretiens semi-directifs avaient rarement participé aux travaux sur les organisations et étaient peu capables d'expliquer la genèse des nouvelles maquettes. Ils évoquent par ailleurs, *a posteriori*, la difficulté à choisir entre plusieurs scénarii organisationnels, car la charge de ces organisations est complexe à évaluer sur le papier. Certains ont ainsi révélé ne pas s'être rendus compte de la lourdeur de la maquette ou du cycle pour laquelle ils avaient voté. Pour d'autres, les maquettes ne reflètent pas la réalité de leur travail.

Les cadres pointent par ailleurs un manque de clarté, voire de constance, dans les informations transmises. Les cadres ont ainsi travaillé sur les maquettes et sur le dimensionnement des effectifs en tenant compte du projet, alors évoqué, de maintien d'un pool de remplacement institutionnel pour l'absentéisme inopiné. Les effectifs ont dès lors été dimensionnés au plus juste. Sans pool, les services ne disposent aujourd'hui d'aucune marge pour gérer cet absentéisme inopiné. De même, les départs en formation ont d'abord été annoncés comme bénéficiant du remplacement en 1 pour 1, avant qu'il ne soit fait machine arrière sur cette information.

Par ailleurs, les outils d'accompagnement du changement sont souvent arrivés avec retard, nourrissant le sentiment que la direction avait mis la charrue avant les bœufs. Les cadres regrettent en effet l'arrivée en décalé du nouveau logiciel GTT. De même, alors que les nouvelles organisations ont partout réduit les temps disponibles pour les transmissions, le travail institutionnel sur les transmissions ciblées est toujours en cours et n'a pas encore permis d'apporter des outils d'aide aux transmissions ciblées. Sur ces deux thématiques, les exigences ont évolué au 1^{er} janvier sans que les outils pour y répondre n'aient été disponibles dès cette date.

Plus globalement, il manque à ce projet conséquent un investissement dans la montée en compétences des professionnels soignants. La performance des organisations requiert que le travail soit bien fait du premier coup, car les agents n'auront plus le temps de passer une seconde fois. Le cadre en neurologie évoquait par exemple l'importance de bien positionner d'emblée un patient au fauteuil. La performance suppose donc la compétence. Or ce même cadre évoquait l'absence d'évaluation des compétences disponibles dans le service lors du travail préparatoire aux nouvelles maquettes

organisationnelles. De même les nouvelles exigences de performance sur les transmissions n'ont pas tenu compte (ou avec retard) du besoin des agents d'une montée en compétences sur les transmissions ciblées. On retrouve également cette problématique de la compétence sur le développement de la solidarité interservices et inter-pôles en matière d'auto-remplacement : le redéploiement d'agents sur des services ou pôles voisins pour des besoins de remplacement est difficilement vécu par les soignants, qui s'inquiètent de leur capacité à accomplir du bon travail dans un service qu'ils ne connaissent pas.

En conséquence, l'évolution des habitudes et des pratiques professionnelles n'a pas suivi l'évolution des schémas organisationnels. Dans certains services, le temps de transmission effectué est demeuré inchangé : les soignants disent continuer à partir du service à la même heure, malgré la diminution de leur durée de travail de 6 à 15 minutes ; d'autres évoquent le besoin d'arriver parfois en avance pour prendre des transmissions lorsque deux lignes se succèdent sans temps de chevauchement. Les agents compensent par du temps bénévole la non-performance de leurs organisations et de leurs pratiques professionnelles. Le professionnalisme soignant agit donc comme tampon et conduit les agents à absorber la charge de ces frottements organisationnels, ce qui n'est pas sans répercussions sur la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux.

Il convient en outre de noter l'absence d'implication des professionnels médicaux dans ce projet d'efficience organisationnelle. La concordance des temps médicaux et non-médicaux reste aujourd'hui le principal angle mort de ces nouvelles organisations. L'arrivée tardive du médecin dans le service pour son tour, ou le souhait du médecin de traiter avec l'IDE sortante qui connaît bien le patient plutôt qu'avec l'IDE venant de prendre son poste, génèrent encore la réalisation d'heures supplémentaires paramédicales. De façon générale, les nouvelles maquettes ont été travaillées par l'encadrement soignant, et les médecins ont montré très peu d'intérêt pour cette thématique. Un chef de service rencontré, par ailleurs membre du directoire, a qualifié la GTT d' « abscons » et indiqué qu'il ne s'agissait pas là d'un sujet discuté entre médecins. Des propos confirmés par un second chef de service, pour lequel « ce n'est pas notre domaine ». Le levier de la GTT n'a pas permis de rassembler les non-médicaux et les médicaux autour d'une réflexion organisationnelle commune.

2.2.2 Des organisations dégradées par l'absentéisme de courte durée

Surtout, les nouveaux schémas organisationnels ont très vite peiné face au principal facteur désorganisant : l'absentéisme. L'absentéisme et la règle de l'auto-remplacement sont rapidement devenus le premier point d'achoppement de ce nouveau modèle d'organisation du travail.

Précisons, d'entrée de jeu, que le CHC n'a pas connu d'augmentation de son taux d'absentéisme, celui-ci s'inscrivant plutôt sur une tendance baissière³⁰. Par ailleurs, en s'engageant dans le protocole à remplacer, en 1 pour 1, les congés longue maladie, longue durée et maternité, le CHC garantit déjà le remplacement d'environ 50% des absences. Enfin, le protocole prévoyait la récupération d'un temps agent équivalent à 40 ETP et il n'y a pas eu de réduction des effectifs.

Pourtant, l'absence de remplacement des absences de courte durée a été source de nombreuses difficultés. La gestion de cet absentéisme a généré de la tension entre l'encadrement soignant, la direction des soins et la DRH. Les agents ont dû se plier à des mouvements fréquents de plannings, au redéploiement vers d'autres services et à des rappels sur congés, générant là encore beaucoup de tensions. Le directeur des soins fait le constat, fin juin, d'un besoin de dégrader continuellement les organisations depuis janvier : il s'agit de déshabiller Pierre pour habiller Paul. Aussi, les organisations telles que prévues par les maquettes sont devenues « caduques », selon les propos d'un chef de service rencontré.

L'absentéisme de courte durée s'est ainsi révélé déstructurant pour un projet organisationnel qui se voulait structurant, avec des conséquences sur la qualité de vie au travail, la qualité des soins, et le respect de la réglementation sur le temps de travail.

Les maquettes n'ont pas, en effet, tenu compte du « taux d'absentéisme naturel » dans le dimensionnement des effectifs. Estimé entre 5 à 10% des effectifs, cet absentéisme naturel peut être soit intégré dans les effectifs des services, soit rassemblé dans un pool de remplacement. Le CHC a fait un choix différent avec son engagement à remplacer les arrêts de longue durée. Pourtant, cette garantie ne permet de répondre ni aux absences de « courte durée » qui durent (comme les congés maladie pré-maternité), ni à la concentration de ces arrêts courts dans un même service. Le service de réanimation s'est ainsi trouvé en grande difficulté en début d'année en raison d'une concentration de

³⁰ Annexe 5

plusieurs arrêts pré-maternité, alors même qu'il s'agit là d'un service normé. Or l'apport exceptionnel de mensualités de remplacement constitue une dépense non prévue pour l'établissement, qui plus est à contre-courant de l'objectif d'économies poursuivi avec le protocole.

Par ailleurs, l'absence de moyens de remplacement pour la courte durée fragilise le plan de formation du CHC. Les cadres éprouvent de grandes difficultés à laisser partir des agents pour quelques heures à quelques jours de formation, en sachant que ce départ se traduira par une nouvelle dégradation des organisations. Or la formation reste un outil essentiel de développement de la qualité des soins comme de la qualité de vie au travail des professionnels.

L'absence de moyens de remplacement de courte durée paraît donc difficilement soutenable sur le long terme. Tenant compte de ces tensions organisationnelles, la direction du CHC envisage de réintroduire l'équivalent d'un petit pool de remplacement au niveau de l'établissement.

2.2.3 Des tensions, de l'épuisement et un questionnement sur le sens

Au total, les nouvelles organisations semblent avoir généré beaucoup de fatigue, quant il n'est pas question d'épuisement, comme en témoignent avec vigueur la plupart des professionnels aux différents niveaux de l'organisation.

Avec une réforme qui vise la récupération de temps agent sans réduction des effectifs, le constat d'un épuisement des professionnels paraît surprenant. Au-delà de la perte de jours de RTT, les professionnels ont connu un changement des règles de planification de ces congés. Précédemment intégrés aux roulements, les RTT sont désormais laissés à la libre planification de chaque agent. Il en a découlé une augmentation du nombre de « repos secs » (un RH isolé) et de semaines à six jours de travail. D'autres professionnels ont du prendre le coup d'un nouveau rythme de travail, à l'image des préparateurs en pharmacie qui bénéficiaient jusque là d'un jour de récupération par quinzaine. Est venu s'ajouter par ailleurs des rappels sur congé, obligeant certains agents à enchaîner plusieurs week-ends travaillés. Enfin, certains services avaient fait le choix de tester de nouvelles maquettes organisationnelles, tout en sachant que la lourdeur prévisible de ces organisations pourrait les inciter à faire ensuite marche arrière.

La fatigue n'a pas épargné l'encadrement et la direction, à la fois moteurs de ce difficile changement et réceptacles de la tension et du mécontentement des différents acteurs.

Les nouvelles organisations ont également été vectrices d'une tension sur le sens de la réforme, tant en termes d'objectifs et d'enjeux, qu'en termes de valeurs. Les agents rencontrés ont exprimé leur sentiment d'une réforme économique, pressurant les professionnels de terrain pour des motifs financiers : « au 31 décembre on était 4, au 1 janvier on était plus que 3, avec la même charge de travail ». Pour eux, la direction a réalisé des économies sur le dos des professionnels de terrain et de leur vie personnelle (l'existence de laquelle serait selon eux ignorée par la direction). Pour résumer, « c'est bien pour eux [la direction], pas pour nous ». Lors de nos échanges, ces agents n'ont jamais pu évoquer des objectifs positifs à la réforme entourant le nouveau protocole : ils ont fait preuve d'une relative méconnaissance du volet social de l'accord, ou bien n'y ont vu aucun intérêt ; ils se sont par ailleurs montrés incapables d'envisager une plus-value organisationnelle et/ou qualitative à ce projet. L'information transmise par la direction et par l'encadrement apparaît difficilement reçue et intégrée. Les agents nourrissent de l'inquiétude pour l'avenir : serai-je capable de continuer longtemps à ce rythme ? Ma charge de travail va-t-elle encore augmenter ?

Il s'en dégage ainsi un conflit apparent entre des valeurs économiques, qui seraient portées par la direction et diffusées dans ces nouvelles organisations, et les valeurs soignantes dont les professionnels productifs (soignants et médecins) se montrent les protecteurs. Le consultant ayant accompagné les négociations et la refonte des organisations est perçu par certains comme le vecteur de cette scission entre terrain et direction. Il aurait notamment initié une réforme « théorique », déconnectée de la réalité des services du CHC.

Certains soignants évoquent un sentiment croissant de non-qualité au travail : les nouvelles organisations les mettent en difficulté dans l'application des pratiques professionnelles apprises ; par ailleurs, ils disent ne plus avoir le temps d'un engagement humain auprès de leurs patients, élément pourtant central de leur motivation au travail. Le directeur des soins lui-même a exprimé un conflit de valeurs, se voyant responsable d'organisations constamment dégradées.

Si on y ajoute l'acceptation difficile de la perte d'avantages acquis (dont la perte d'éléments de rémunération pour certaines catégories de professionnels), le nouveau protocole et les nouvelles maquettes ont emporté contre eux un fort mécontentement. Pour beaucoup, il s'agit là d'une phase normale du changement. La fatigue et le mécontentement exprimés devraient progressivement diminuer avec l'acceptation, les éventuelles corrections et la stabilisation des nouvelles organisations. Ce

mécontentement s'est néanmoins révélé difficile à assumer pour la CFDT, qui s'est vue reprocher la signature de l'accord pour des motifs liés aux maquettes plutôt qu'à l'accord lui-même.

A ce stade du projet, l'importance du changement reste encore à digérer pour les différents acteurs concernés. L'évaluation permet donc surtout de mettre en lumière les difficultés inhérentes à toute phase de mise en œuvre et d'acceptation du changement. La force des tensions créées par ce projet interroge néanmoins le choix du big-bang versus celui des petits pas : fallait-il tout conduire de front en s'imposant des échéances courtes ? Sur les établissements rencontrés dans ma démarche de benchmark, l'un a invoqué le choix d'une démarche progressive : « il y a là où on veut aller, et là où on peut aller ». Un autre évoque sans regret l'expérience d'une réforme sociale d'ensemble, estimant qu'il valait mieux « mettre un casque » et laisser passer la tempête. Tous se rejoignent néanmoins sur l'importance de mesurer en amont la capacité des acteurs à se mobiliser contre.

Pour la section CFDT du CHC, « ça a été trop, trop, trop » de changement. La direction a pourtant montré sa capacité à freiner certains projets, abandonnant notamment début 2016 le projet de réforme de l'encadrement des équipes de nuit.

Ce premier bilan organisationnel et social est donc loin de pouvoir démontrer la plus-value apportée par la renégociation du protocole GTT. Mais il s'agit d'une première synthèse à chaud. L'acceptation du changement et de ses apports exige un peu plus de patience dans l'analyse.

2.3 Une interrogation sur la pertinence de la GTT comme levier d'efficience

Alors que le bilan financier de la première année du nouvel accord GTT s'annonce mitigé, l'on peut se demander si le protocole GTT était le levier le plus pertinent à actionner.

2.3.1 Un bilan financier décevant en apparence

S'agissant d'une mesure inscrite au plan de performance de l'établissement, quel bilan peut-on tirer des promesses de maîtrise de la masse salariale par la renégociation du

protocole ARTT et GTT ? Le suivi de certains indicateurs budgétaires est consultable en annexe³¹.

La promesse originelle de récupération d'un temps agent équivalent à 40 ETP tient aujourd'hui du mythe. Le calcul se serait révélé faux, semble-t-il. Si l'établissement n'avait pas affiché de volonté de réduire ses effectifs, il ne s'attendait pas pour autant à devoir ré-abonder les effectifs suite aux nouvelles maquettes organisationnelles. Treize postes ont été créés. Il est néanmoins impossible d'évaluer l'impact strict du protocole sur ces créations de postes, puisque les organisations et l'activité ont évolué concomitamment. Ces créations de poste traduisent notamment la création d'une cellule de régulation des flux patients (bed managers), l'augmentation capacitaire du service de gériatrie, le renforcement de l'unité de chirurgie ambulatoire et le soutien au pôle médecine (jusque là en sous-effectif). Mais le directeur des soins compare le besoin d'effectifs à un « tonneau des Danaïdes » : les organisations semblent exprimer un besoin inépuisable d'effectifs supplémentaires.

Des gains sont néanmoins réalisés sur le coût de la permanence des soins, puisque le coût des astreintes et des heures supplémentaires rémunérées est en diminution. Surtout, des économies significatives sont attendues sur la dette sociale de l'établissement. L'arrêt de la génération automatique d'heures supplémentaires par la pointeuse, les exigences de récupération rapide des heures supplémentaires réalisées et la consigne de planification des congés, visent l'arrêt de la dynamique d'augmentation continue de la dette sociale. Celle-ci devrait donc diminuer en 2016, ce qui permettrait à l'établissement de réaliser des reprises sur provisions. Une interrogation demeure toutefois sur la capacité des organisations à rendre aux agents les congés auxquels ils ont dû renoncer pour cause de rappels.

Le bilan de la consommation de mensualités de remplacement est quant à lui paradoxal. En instaurant l'auto-remplacement et le lissage des congés (et en récupérant du temps agent grâce à la réduction des jours RTT), l'établissement visait une réduction notable de son budget remplacement. Les demandes de remplacement « hors protocole » (arrêts de courte durée) ont été très souvent refusées par le DRH, obligeant les cadres à rappeler des agents et créant une certaine tension entre l'encadrement et la DRH. Pourtant, le budget remplacement apparaît quasiment en reconduction : près d'1,5 millions € attendus pour 2016 contre 1,9 millions en 2015. Sachant qu'il faut isoler en 2015 le coût d'une

³¹ Annexe 5

politique d'apurement de la dette sociale par le rendu de très nombreuses heures supplémentaires et dont le coût en mensualités de remplacement est estimé entre 300 et 400 000€. Dans le même temps, les pôles ont dû assumer une partie (négligeable néanmoins) du coût du remplacement en acceptant le financement, sur leur enveloppe d'intéressement, de quelques mensualités « hors protocole » refusées par la DRH. Alors que les services ont durement ressenti la fermeture de la vanne des mensualités de remplacement et les fins de non recevoir imposées par la DRH à leurs demandes, l'impact budgétaire de cette nouvelle politique de remplacement paraît donc négligeable.

L'absence de gain visible sur le budget remplacement peut néanmoins être nuancé par l'argument précédent de non-abondement de la dette sociale : une partie du coût du remplacement était jusque là reporté sur la dette sociale (une partie des agents n'ayant pas pu prendre tous ses congés en fin d'année), ce qui venait virtuellement minorer le budget remplacement.

Parallèlement, le bilan financier de cette première année de mise en œuvre du nouveau protocole ne doit pas ignorer l'existence de coûts d'investissement et de transition : financement d'un audit et d'une prestation de conseil, formation de l'encadrement, acquisition d'un nouveau logiciel de GTT, nombre d'heures de travail consacrées à la négociation et plus encore au considérable travail sur les organisations et les maquettes, mais aussi coût du volet social négocié dans le protocole (programme de stagiarisations et de promotions de grade, développement de la promotion professionnelle, financement d'une conciergerie d'entreprise). Le coût social reste quant à lui impossible à évaluer financièrement (dégradation du climat social, expression d'épuisement et de souffrance au travail, etc.).

Peu d'établissements rencontrés dans le cadre du benchmark ont évoqué la réalisation de gains financiers sur le protocole GTT. Si l'un évoque des gains sur le remplacement réinvestis sur l'augmentation d'activité et le volet social de l'accord, deux établissements ont vu leurs gains disparaître sous l'augmentation de l'absentéisme. Pour l'un de ces DRH, la renégociation aurait surtout permis de faire l'économie d'une situation financière plus dégradée encore.

2.3.2 Une interrogation sur le choix du levier d'efficience le plus pertinent

Dès lors, le protocole GTT ne serait pas nécessairement le levier RH le plus pertinent pour rechercher l'efficience. L'un des DRH interrogé évoquait l'importance de réaliser, en amont d'un tel projet, un travail de cartographie des leviers actionnables dans

l'établissement. Avec une telle analyse, la prévention de l'absentéisme peut apparaître comme un levier d'efficience au moins aussi pertinent que celui du temps de travail.

Selon une étude Sofaxis publiée en juin 2016³², les agents hospitaliers sont absents 39,8 jours par an en moyenne, soit un taux moyen d'absentéisme de 13%. L'absentéisme représente naturellement un coût financier pour les établissements de santé. C'est aussi un facteur désorganisant, qui nuit à la qualité des prises en charge comme à la qualité de vie au travail des professionnels.

D'autres mesures RH peuvent également être vectrices d'économies financières, sans requérir le big bang social et organisationnel vécu avec le protocole GTT : le contrôle et le rendu des heures supplémentaires, la planification des congés et RTT, sans parler de la disparition de l'avancement à la durée intermédiaire. La faisabilité et la marge à récupérer sur chacune de ces mesures varie d'un établissement à l'autre. L'un des DRH interrogé affirmait ainsi qu'imposer l'intégration des RTT dans les cycles aurait conduit à « faire sauter l'hôpital », alors que cette mesure faisait partie de l'accord local du CHC en 2002.

Si l'évaluation à 6 mois reste mitigée, il faut sans doute y voir un projet d'ensemble et un engagement sur le temps long, dont les fruits ne pourront être récoltés qu'à moyen terme. Le chef d'établissement considère la renégociation comme un « épiphénomène » dans un processus d'évolution des organisations et des mentalités qui prendra quinze ans. Avec la renégociation du protocole RTT, c'est donc surtout vers une conception plus moderne du temps de travail et de sa gouvernance que le CHC s'est engagé.

³² APM News (2016), Fonction publique hospitalière : 39,8 jours d'absence par agent en moyenne en 2015 (étude Sofaxis)

3 L'émergence d'un nouveau modèle de GTT

L'expérience du changement a produit des frottements organisationnels et du mécontentement. Mais ces difficultés ont aussi accéléré la mise à l'agenda de questions et de chantiers connexes qui participent à l'efficacité de la gestion du temps de travail et des organisations. L'approfondissement de la démarche doit permettre aux organisations et aux professionnels de gagner en maturité.

3.1 L'opportunité d'un projet global d'efficacité, fondé sur une acception élargie de la notion de GTT

L'accompagnement du nouveau protocole et des nouvelles organisations a incité l'établissement à investir des sujets connexes à celui de la GTT. Face aux difficultés remontées en début d'année, des démarches sur la qualité de vie au travail, l'absentéisme ou l'optimisation des temps ont progressivement été lancées. Il en ressort une vision élargie de la notion de GTT : il n'est plus seulement question de compter le temps travaillé, mais aussi d'augmenter le temps de travail disponible dans l'établissement et d'en optimiser l'usage.

Il m'a ainsi été confié le pilotage d'une démarche sur la qualité de vie au travail. Il est en effet démontré que la qualité de vie au travail influe sur la performance du temps travaillé (lien positif avec la qualité des soins) tout en prévenant l'absentéisme, et donc la perte de temps de travail pour l'établissement. L'engagement de ces travaux permettait en outre d'apporter des premiers éléments de réponse à l'augmentation de la souffrance au travail exprimée depuis la mise en œuvre du nouveau protocole et des nouvelles maquettes. Après un travail de diagnostic, appuyé notamment sur l'organisation d'une démarche d'expression libre dans quelques services pilotes, le comité de pilotage³³ a fait le choix de prioriser trois thématiques de travail : l'esprit d'entreprise, la reconnaissance au travail, et l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Des groupes de travail constitués sur chacun de ces axes planchent sur des propositions d'actions. La promotion de la qualité de vie au travail semble constituer aujourd'hui un passage obligé de toute démarche d'efficacité.

³³ Le comité de pilotage sur la qualité de vie au travail réunit des représentants des organisations syndicales représentatives, des représentants des principaux métiers présents dans l'établissement, des représentants de l'encadrement, de la direction et de la communauté médicale

Il en va de même de la question de la prévention de l'absentéisme et du maintien dans l'emploi. Alors que les nouvelles organisations se sont trouvées fragilisées par l'absentéisme, l'approfondissement des efforts en matière de prévention de l'absentéisme et de retour dans l'emploi est devenu prioritaire. Le risque était en outre de perdre, par l'augmentation de l'absentéisme, l'équivalent du temps de travail récupéré grâce à la renégociation de l'accord local ARTT, un vécu rapporté par plusieurs établissements rencontrés dans le cadre de mon benchmark. Le CHC a donc multiplié les carottes et les efforts pour réduire son taux d'absentéisme : doublement de la prime de présence financée par le reliquat de la prime de service, instauration d'un objectif institutionnel chiffré de réduction du taux d'absentéisme moyen débloquant le rendu d'un jour férié local, démarche d'entretiens avec l'ensemble des agents en arrêt CLM/CLD pour envisager le retour à l'emploi, amélioration du partage d'informations entre les services concernés, ou encore réflexions sur la création d'une boîte à outils avec le service de santé au travail pour la prévention de l'absentéisme. Néanmoins, un cadre rencontré voit dans l'absentéisme un nouveau phénomène contemporain et « irréductible », contre lequel il serait vain de se battre.

La recherche de l'efficience du temps de travail invite également à une interrogation sur les temps perdus. Le CHC a ainsi lancé un travail institutionnel sur les transmissions ciblées. Il devrait notamment aboutir à la création de nouveaux outils pour des transmissions écrites rapides dans le dossier patient informatisé. Parallèlement, une démarche de prévention des interruptions de tâches est engagée avec le service qualité. Les IDE de quelques services pilotes expérimentent ainsi, pendant l'administration des médicaments, le port de boléros avec la mention « ne pas déranger ». Des échanges sont également en cours pour l'instauration de plages horaires dédiées aux appels des familles.

Le projet du nouvel hôpital était de remettre les soignants aux soins. Pour cela, la modernisation des fonctions supports et logistiques devait considérablement réduire les nombreuses tâches afférentes aux soins. Pourtant, les soignants doivent toujours se déplacer au laboratoire (pannes récurrentes du transport pneumatique) ou à la pharmacie (prescriptions particulières, gestion des stupéfiants, etc.). Les relations entre les services et entre les métiers restent également à optimiser. Alors qu'il réalisait une journée d'immersion en qualité d'AS, le directeur des soins s'est étonné que la confection des plateaux repas, leur distribution et leur prélavage soient confiés aux AS. Il a soulevé également que l'optimisation du temps de travail butait sur le manque d'un troisième chariot de linge ou d'un ordinateur dédié aux AS. En général, le délai laissé pour la

refonte des organisations n'a pas laissé le temps d'une véritable démarche de lean management.

Bien entendu, il reste à ouvrir le chantier de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux. Cette thématique est revenue de façon récurrente dans les entretiens, au CHC comme à l'extérieur. La concordance des temps semble un objectif évident pour tous, et pourtant la démarche reste difficile à lancer. Le CHC a fait appel à un cabinet pour un audit de l'organisation médicale du service de cardiologie. Il en ressort des préconisations relevant essentiellement du bon sens : nécessité de démarrer le tour médical avant 9h pour pouvoir faire des sorties le matin, nécessité de programmer et d'afficher ses congés à l'avance, etc. L'audit démontre également que l'apparent sous-effectif médical qui met en difficulté le service ne tient qu'à une mauvaise organisation médicale. Interrogé à ce sujet (et alors que les conclusions de l'audit n'avaient pas encore été officiellement présentées), le chef de service s'est montré mitigé sur l'intérêt de la démarche, estimant déjà savoir comment organiser efficacement le travail médical dans son service, et limitant les difficultés rencontrées à une question de sous-effectif médical.

Alors que l'efficacité des organisations ne peut être traitée uniquement par son volet paramédical, la refonte des organisations médicales reste donc encore à amorcer. Une telle démarche permettra de répondre aux remarques des non-médicaux, qui jugent que les réformes organisationnelles font toujours porter les efforts uniquement sur les non-médicaux.

Si elles restent à poursuivre, ces réformes ont engagé l'établissement vers un nouveau modèle de GTT.

3.2 L'enjeu d'un nouveau contrat social sur la GTT

L'expression d'un « nouveau contrat social » pour qualifier la réforme de la GTT et des maquettes revient au DRH, à l'occasion du premier comité de direction de janvier 2016. D'autres évoquent plutôt un « nouveau paradigme », ou un « nouveau modèle ». La mise en œuvre du nouveau protocole et des nouvelles organisations a en effet ouvert la voie à une gestion décentralisée du temps de travail.

La politique d'auto-remplacement a ainsi conduit à déléguer aux services la responsabilité de la permanence des soins. Les soignants rencontrés évoquent leur réticence actuelle à faire peser sur leurs collègues le poids de leurs congés : l'organisation précédente reportait en effet ce poids sur le pool de remplacement, donc sur des professionnels

extérieurs au service. Désormais, l'absence des uns pèse sur le travail des présents, et les professionnels doivent s'organiser entre eux lorsqu'ils ont besoin d'un congé. Il convient de noter que certains services ont depuis longtemps une telle organisation : les manipulateurs radio par exemple ont toujours pratiqué l'auto-remplacement en raison de la rareté de leur expertise. Leurs collègues des autres services doivent encore en prendre l'habitude. Le pendant de cette exigence d'auto-remplacement, c'est la délégation au service (ou au pôle) du financement du remplacement. Or les chefs de pôles et les cadres de pôles ont mal vécu l'imputation de mensualités de remplacement sur leur enveloppe d'intéressement de pôle, ayant l'impression de perdre la main sur l'utilisation de cette enveloppe. Ils ont également regretté que le poids de la mesure soit inégalement réparti entre les pôles : si chaque pôle peut débloquer la même enveloppe financière (en fonction de l'atteinte d'objectifs), tous n'ont pas les mêmes effectifs, ni les mêmes exigences de continuité de service.

La nouvelle organisation a également favorisé une régulation d'équipe sur le temps de travail quotidien des professionnels. La possibilité de valider des heures supplémentaires a quasiment disparu, transférant donc forcément à l'équipe de relève le travail inachevé. Les soignants jugent difficile cette nouvelle obligation de laisser un soin ou un problème non résolu à l'équipe qui vient d'arriver. Mais la régulation d'équipe permet également de réintégrer de la souplesse dans la GTT, tout en responsabilisant chacun. On peut évoquer en modèle les agents du SMUR, qui ont l'habitude (ancienne) d'arriver en avance afin de prendre une éventuelle sortie SMUR déclenchée juste avant la fin de poste. Ils évitent ainsi à leurs collègues de prolonger leur poste. A l'accueil-standard, lorsqu'un agent arrive en retard, il est chargé de rendre ce temps au collègue qui a dû l'attendre pour quitter son poste, sans intervention du cadre dans cette transaction.

La régulation du temps de travail par l'équipe questionne donc le besoin de continuer à recourir à la pointeuse. Avec le verrouillage des heures supplémentaires, les pointeuses du CHC ne servent plus qu'à valider la présence des agents. L'un des DRH rencontré à l'occasion de mon benchmark a invité tous les agents de son établissement à se prononcer pour ou contre l'arrêt de la pointeuse. 2 répondants sur 3 ont préféré continuer de badger³⁴. Au CHC, les acteurs sont rarement convaincus par le recours à la pointeuse et pourtant, peu croient possible sa suppression.

³⁴ Suite à la renégociation de son accord local, ce Centre Hospitalier a fait l'acquisition d'un nouveau logiciel GTT. Ce dernier implique l'installation de nouvelles badgeuses. Le DRH a proposé que le budget du renouvellement des badgeuses soit consacré plutôt à l'amélioration des

La régulation d'équipe et la concertation locale peuvent également apporter une nécessaire souplesse dans les cycles et plannings. Le travail de refonte des maquettes a introduit une réflexion de service sur la GTT, incluant la prise en compte des besoins des patients et du service, et les préférences des agents pour l'organisation de leur temps de travail. Le compromis passe parfois par une application « souple » de la réglementation sur le temps de travail, comme l'ont montré les écarts avec la règle du repos hebdomadaire minimal de 36h. La recherche d'organisations cohérentes avec les besoins des services et les préférences des agents signifie également des choix d'organisation du travail non homogènes au niveau de l'établissement : panachage d'horaires en 7h30, 10h ou 12h, mais aussi possibilité d'un panachage entre organisations en 35h et en 37h30... La réflexion organisationnelle a déjà invité, dans certains services, au rapprochement des équipes de jour et de nuit, qui sont historiquement scindées au CHC.

Cette concertation de service doit à l'avenir répondre à une démarche d'inter-professionnalité et travailler au rapprochement des temps médicaux et non-médicaux. Elle s'inscrira idéalement à l'échelon de la filière : la filière de soins paraît en effet l'échelon le plus pertinent de négociation sur la GTT, en donnant du sens au développement de la polyvalence comme à celui de l'inter-professionnalité. Avec une GTT plus souple et moins chronophage, le cadre de proximité doit retrouver tout son rôle dans l'animation de cette concertation comme dans la promotion d'une prise en soins de qualité à l'intérieur de la filière.

Deux outils permettent déjà de structurer cette GTT décentralisée : la charte GTT de service et la contractualisation. Le travail de concertation sur les maquettes a incité certains cadres de santé à créer avec leurs équipes une charte GTT de service. Signée par tous les professionnels, la charte rappelle certaines règles essentielles du protocole et définit des principes de construction des cycles et de gestion des plannings de service. L'accord local signé au niveau établissement a ainsi donné naissance à des accords micro-locaux.

La décentralisation de la responsabilité de la GTT s'est également accompagnée d'une dynamique de contractualisation sur des objectifs et des résultats. Outre l'introduction dans les contrats de pôle d'objectifs sur le rendu de la dette sociale, le CHC a placé dans son protocole GTT le principe d'un férié local sous conditions (rebaptisé « journée de la

conditions de travail dans l'établissement, dans le cas où une majorité de professionnels serait favorable à l'arrêt des badgeuses. 48% des professionnels ont répondu au sondage organisé dans l'établissement. 68% d'entre eux souhaitent continuer de badger.

performance ») : le férié local n'est attribué que si le taux d'absentéisme moyen est inférieur à 7% ou si le résultat financier de l'établissement est supérieur à + 300 000€. Il s'agit ainsi de responsabiliser tous les professionnels dans l'atteinte des objectifs institutionnels.

3.3 Un projet compliqué en l'état actuel de la réglementation et du niveau de maturité des acteurs

Ce nouveau contrat social est donc synonyme de nouvelle maturité pour les organisations. Mais le changement vers ce nouveau modèle fondé sur la confiance, la souplesse et l'autorégulation sera nécessairement lent.

Les acteurs ne semblent pas prêts, aujourd'hui, à tendre vers cette nouvelle GTT. Le dialogue social, tout d'abord, manque de maturité. Les organisations syndicales présentes au CHC ne se montrent pas toutes favorables à la co-construction. Par ailleurs, les OS butent toujours, dans leur positionnement, entre le choix de défendre une application stricte de la règle et celui de soutenir les préférences exprimées par les agents. La résolution de ce conflit de positionnement conduit de plus en plus les OS à l'abstention lors des instances. L'idée d'une décentralisation de cette concertation sur le temps de travail constitue également une rupture avec l'architecture actuelle très centralisée du dialogue syndical.

Du côté des professionnels hospitaliers, la promotion d'une GTT souple et basée sur la confiance est une rupture avec le modèle actuel de la pointeuse. Les agents sont aujourd'hui sécurisés par l'application de règles simples, claires et identiques pour tous, ainsi que par un enregistrement précis de leur temps de travail grâce à la pointeuse. L'optimisation de la GTT ne doit pas faire l'économie d'un travail sur le sens si elle veut rallier les professionnels.

Les cadres doivent monter en compétences sur la GTT et l'optimisation des organisations pour pouvoir animer et accompagner la démarche locale de concertation et de co-construction. Surtout, les professionnels médicaux seront appelés à davantage d'implication dans le management et la réflexion organisationnelle dans leurs services.

Mais l'état actuel de la réglementation sur le temps de travail, renforcé par la dynamique de judiciarisation de la GTT et de la santé au travail, ne vont pas dans le sens d'une application plus souple et plus négociée des règles sur le temps de travail. Au-delà, cette réglementation freine encore aujourd'hui la recherche d'efficience sur la GTT. Le cadre

règlementaire reste très couteux et son application génère de nombreuses difficultés opérationnelles. L'octroi de congés fractionnés, la sur-rémunération des temps partiels à 80 et 90%, mais aussi les règles sur l'attribution et le report des RTT et des congés annuels lors d'un congé maternité, ne favorisent pas la promotion d'une GTT plus efficiente. Tous les rapports récents sur le temps de travail dans la fonction publique (rapport Laurent³⁵, rapports de la Cour des comptes³⁶) recommandent un aménagement du cadre règlementaire de la GTT publique.

La renégociation du protocole RTT est donc un levier d'efficience incomplet, s'il est actionné seul. La recherche d'efficience organisationnelle par la GTT est une démarche nécessairement lente et transversale, qui exige un investissement institutionnel dans de nombreux champs.

³⁵ LAURENT, P (2016), Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique

³⁶ Cour des comptes (2014), Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale ; Cour des comptes (2015), Rapport sur la masse salariale de l'Etat

Conclusion

L'exemple de la renégociation de l'accord local ARTT et GTT du Centre Hospitalier de Calais montre bien l'existence d'une relation forte entre la question du temps de travail et l'efficacité des organisations. Cela n'a rien de surprenant à l'hôpital, entreprise de main d'œuvre soumise à des exigences majeures de continuité de l'activité et des compétences.

Pour autant, la renégociation de l'accord local au sens strict ne présente qu'un impact mesuré sur la masse salariale. Les marges financières réalisables sur l'accord local ARTT apparaissent très limitées dans la pratique. Elles donnent néanmoins aux établissements les moyens de relancer une politique sociale ou de soutenir un développement d'activité. Seule, l'évolution des règles locales de gestion du temps de travail est par ailleurs sans effet sur les organisations et leur performance. C'est donc uniquement par une démarche volontaire sur les organisations que la négociation locale sur le temps de travail peut devenir un outil d'efficacité organisationnelle.

Si tous les établissements ne font pas le choix d'engager une telle réflexion sur les organisations, la négociation sur le temps de travail crée néanmoins l'opportunité. Elle favorise la mise à l'agenda d'un projet d'efficacité organisationnelle. Lier le nouvel accord GTT à une démarche organisationnelle permet d'optimiser les gains financiers réalisés grâce à la renégociation, tout en donnant du sens au projet GTT : la GTT englobe dès lors des enjeux économiques mais aussi une démarche positive d'amélioration de la qualité, à la fois qualité du service aux clients et qualité de vie au travail pour les professionnels. La signature d'un nouvel accord local s'est ainsi apparentée, au CHC, à une mise en mouvement, initiant une démarche plus ambitieuse d'efficacité du management et des organisations. La renégociation en tant que telle apparaît finalement comme l'épisode le plus rapide, le plus facile et le moins conflictuel de ce projet.

La refonte de la GTT est l'opportunité de repenser les organisations autour de la réponse aux besoins des clients, qu'ils soient patients ou services productifs du CHC. Il en a découlé une adaptation de l'organisation du travail aux besoins de l'activité, avec des évolutions tant dans les effectifs, dans les horaires de travail que dans les fiches de poste. Les pratiques professionnelles se sont trouvées confrontées à une exigence d'optimisation du temps, et doivent tendre ainsi vers plus d'efficacité. Il devrait en ressortir à terme une montée en compétences et en qualité. La poursuite de cette réflexion organisationnelle encouragera également la concertation au niveau

interprofessionnel. L'engagement d'un travail sur la concordance des temps médicaux et non-médicaux devient en effet indispensable. C'est donc aussi l'essor d'un nouveau modèle de gouvernance et de management, fondé sur la concertation entre tous les acteurs productifs et sur leur responsabilisation.

Le nouveau protocole GTT a ainsi favorisé des transformations organisationnelles. Certains établissements ont toutefois pu conduire la même démarche sur leurs organisations sans renégocier leur accord local : l'efficacité de l'organisation du travail peut aussi être recherchée à l'intérieur du cadre GTT existant. C'est le cas notamment d'établissements dans lesquels l'accord local est un sujet trop sensible, tant socialement que politiquement, pour être renégocié.

Naturellement, tout changement génère ses résistances. Cette évolution des règles et des organisations au CHC a créé des turbulences et des frottements. Les difficultés rencontrées ont néanmoins incité à l'approfondissement de la démarche, avec un investissement institutionnel sur des sujets connexes (qualité de vie au travail, absentéisme, organisation médicale). Une démarche d'évaluation permettra également d'apporter certaines corrections aux nouvelles règles et organisations. L'évolution de la GTT et des organisations passe par l'expérimentation et l'amélioration continue.

La GTT requiert désormais davantage de souplesse, d'expertise et de maturité pour accompagner une démarche continue d'efficacité des organisations.

Au-delà de la question de l'aménagement du temps de travail hospitalier, c'est surtout l'avenir des 35h à l'hôpital qui, aujourd'hui, alimente les débats et occupe le devant de la scène médiatique. Les prises de position en faveur de la suppression des 35h sont nombreuses, parmi lesquelles celle du député et médecin Bernard Debré qui indiquait dès 2015 : « Bien sûr, il faut supprimer les 35h à l'hôpital ! »³⁷. Une telle mesure figure au programme de nombreux candidats à l'élection présidentielle de 2017.

Les entreprises ont désormais la possibilité de signer avec leurs salariés des accords de compétitivité-emploi, négociant une augmentation de la durée hebdomadaire de travail contre des garanties sur la protection de l'emploi. Les hôpitaux les plus en difficulté pourront-ils demain faire de même ? Certains proposent d'aller jusqu'au rétablissement des 39h dans la fonction publique hospitalière. Si la réforme des 35h s'est effectivement montrée couteuse et fragilisante pour l'hôpital, il paraît néanmoins réducteur de

³⁷ Le Point (2015), Bernard Debré : « Bien entendu, il faut supprimer les 35h à l'hôpital ! »

n'envisager l'optimisation du travail que par sa durée. La productivité du travail demeure un levier pour les organisations hospitalières.

« Allez, le temps est cher : il le faut employer » (Jean Racine, Mithridate, III, 5)

Bibliographie

Travaux de recherche

NOGUERA, F (2002), Management stratégique du temps de travail : Instrumentation et impact de l'aménagement – réduction du temps de travail, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Ecole doctorale Sciences Humaines et Sociales, Université Lumière Lyon 2

TOURNOUD, D, MONTIGNY, A (2004), La réduction du temps de travail dans un hôpital public : L'autonomie des services en question, Elèves-ingénieurs, Centre de Gestion Scientifique, Ecole des Mines de Paris

Rapports institutionnels

ACKER, D (2007), Rapport sur les comptes épargnes temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

ANAP (2014), Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé, Démarche méthodologique

Cour des comptes (2014), Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Chapitre XIV : Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

Cour des comptes (2015), La masse salariale de l'Etat, Enjeux et leviers, Communication à la commission des finances du Sénat

LAURENT, P (2016), Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique

PEPIN, M et all (2006), Renégocier la RTT, Les enseignements de 16 démarches d'entreprises, DARES, Document d'études, n°111

PIQUEMAL, A (2002), Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé

ROMAGNAN, B (2014), Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Assemblée Nationale, n°2436

Comptes rendus institutionnels

Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Compte rendu n°11 (2014) : Audition de la FHF

Fédération Hospitalière de France (2014), Document interne, L'organisation du temps de travail toujours en débat

Revue, presse

APM News (2016), Fonction publique hospitalière : 39,8 jours d'absence par agent en moyenne en 2015 (étude Sofaxis), [en ligne] <http://www.apmnews.com/accueil.php> (date de consultation : 24 juin 2016)

BARBOT, JM (2015), Pourquoi il faut réexaminer les accords locaux RTT, In Santé RH, n°69

Entreprises & Carrières (2016), Temps de travail, une question d'organisation pour l'hôpital, L'enquête, n°1275

GUICHARD, G (2016), L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public, in Le Figaro [en ligne], <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php> (date de consultation : 9 août 2016)

GUINOCHET, F (2015), Interview – Axel Parkhouse : « Ouvrir le chantier des 35h à l'hôpital est risqué mais indispensable », In L'opinion [en ligne] <http://www.lopinion.fr/edition/economie/axel-parkhouse-ouvrir-chantier-35-heures-a-l-hopital-est-risque-24352> (date de consultation : 16 août 2016)

Hospimedia (2016), Deux expertises CHSCT remettent sur le tapis la réforme du temps de travail à l'AP-HP, [en ligne] <http://www.hospimedia.fr/actualite/analyses/20160322-info-hospimedia-deux-expertises-chsct-remettent-sur-le> (date de consultation : 16 août 2016)

Le Point (2015), Bernard Debré : « Bien entendu il faut supprimer les 35h à l'hôpital ! », [en ligne] http://www.lepoint.fr/politique/bernard-debre-bien-entendu-il-faut-supprimer-les-35-heures-a-l-hopital-21-05-2015-1930090_20.php (date de consultation : 27 août 2016)

POINSIGNON H, FROUIN C (2016), Aménagement du temps de travail à l'hôpital, Lorsque le juge devient le régulateur des conflits, In Revue Hospitalière de France, n°570

Rencontres RH de la santé (2015), Dix ans plus tard ... comment réviser les protocoles d'accord RTT ?, In SPH Editions

Documents du Centre Hospitalier de Calais

Accord local relatif à la réduction du temps de travail au Centre Hospitalier de Calais (2002)

Protocole d'accord sur la réduction du temps de travail, Centre Hospitalier de Calais (2015)

DANOS, JP, MOUSSI, N (2015), Constitution de maquettes organisationnelles : Dimensionnement des effectifs (*N.B. Document à vocation pédagogique s'adressant à l'encadrement soignant du CHC*)

Bilan social 2015, Centre Hospitalier de Calais (2016)

Textes législatifs et règlementaires, autres sources juridiques

Loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail (dite loi Aubry)

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

Ordonnance en la forme des référés rendue le 8 juin 2016, Tribunal de Grande Instance de Boulogne sur Mer, Centre Hospitalier de Calais

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés	II
Annexe 2 : Evolution de l'accord local du CHC entre 2002 et 2015	IV
Annexe 3 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation de la charge en soins	VI
Annexe 4 : Exemple de maquette organisationnelle et de cycle	VII
Annexe 5 : Eléments de suivi financier de la GTT du CHC	IX

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

N.B. Sauf indication contraire, les acteurs rencontrés sont des professionnels du CHC.

Fonction	Date	Durée
DRH, Centre Hospitalier de Bretagne Sud	31/05/2016	1h (entretien téléphonique)
FF Cadre de santé, service de neuro/gériatrie	02/06/2016	1h
DRH, Centre Hospitalier de Denain	02/06/2016	1h30
2 AS + 2 IDE, service de neuro/gériatrie	06/06/2016	20 minutes
Chef de service neurologie	07/06/2016	15 minutes
Cadre de santé, service de chirurgie ortho/traumato	07/06/2016	1h
Cadre de santé, service d'imagerie	07/06/2016	45 minutes
Cadre de santé, service de diabéto/gastro	08/06/2016	1h
Responsable de la section CGT du CH de Calais	09/06/2016	30 minutes
Responsable du service Appui à la performance, Département établissements de santé, ARS Hauts de France	09/06/2016	25 minutes (entretien téléphonique)
2 AS + 1 IDE, service de chirurgie ortho/traumato	10/06/2016	20 minutes
3 AS + 1 IDE, service de diabéto/gastro	10/06/2016	20 minutes
Manipulateurs radio et brancardiers, service d'imagerie	13/06/2016	20 minutes
Responsable de la section CFDT du CH de Calais et représentants syndicaux CFDT	14/06/2016	1h15
FF Cadre de santé (<i>jusqu'en décembre 2015</i>), service de pharmacie	14/06/2016	1h

Chef de service diabéto	16/06/2016	20 minutes
Adjoint au DRH, référent GTT	17/06/2016	1h
Responsable pôle RH, FHF	20/06/2016	1h
Cadre supérieur de santé, adjoint à la direction des soins, référent GTT	21/06/2016	1h
Adjoint des cadres, responsable des services Accueil-Standard, Admissions, Facturation	23/06/2016	1h
DRH, EPSM Guillaume Rénier (Rennes)	05/07/2016	30 minutes (entretien téléphonique)
Directrice des soins, CH Calais	06/07/2016	1h30
Directeur, CH Calais	07/07/2016	1h
Chef de service Cardiologie	02/08/2016	10 minutes (entretien téléphonique)
Cadre supérieur de santé, cadre du pôle Femme-Mère-Enfant	05/08/2016	1h
FF Cadre supérieur de santé, cadre du pôle Santé mentale	09/08/2016	1h15

Annexe 2 : Evolution de l'accord local du CHC entre 2002 et 2015

Thématique	Protocole 2002	Protocole 2015
Notion de temps de travail effectif		-Rappel de la définition du temps de travail effectif -Rappel de la réglementation sur le temps de pause
OAT : Obligation annuelle de travail	-Pas de suivi de l'OAT	-Principe de définition annuelle de l'OAT pour l'année -Principe du suivi individuel du temps de travail afin de s'assurer du respect de l'OAT
Temps de formation	-Principe de décompte du temps de formation sur la base d'une journée de travail -Forfaits temps de trajet peu favorables	-Principe de décompte du temps de formation sur la base du temps réel -Redéfinition des forfaits temps de trajet -Maintien de l'exception existante pour les agents de nuit (décompte d'une journée de travail)
Congés annuels	-Décompte des congés en jours -Taux de départ en congés : règle du 1/3 pendant la période estivale et du 1/4 pendant les autres vacances	-Suppression de l'attribution d'un forfait de jours de congés l'année du départ en retraite -Décompte des congés en heures -Taux de départ en congés de 20 à 25% des effectifs pour la période estivale (1 juin au 30 septembre) -Principe de planification et lissage des congés sur l'année : tableau prévisionnel à réaliser pour le 10 décembre n - 1 -Pas de report des congés sur l'année suivante sauf maladie, maternité, congé parental
Jours fériés	-2 jours de férié local -Journée de solidarité déduite de l'un de ces deux jours de férié local	-Reprise d'un RTT pour la journée de solidarité -Maintien d'un férié local -Accord d'un deuxième férié local sous conditions (résultat financier > 300k€ ou taux d'absentéisme < 8%) -Jours fériés planifiables dès le début de l'année
Durée quotidienne et RTT	-Durée quotidienne fixée à 7h36, générant 38 RTT -Durée de nuit : 10h -Forfait cadre : 20 jours -Prise imposée d'un jour de RTT par mois	-Durée quotidienne fixée à 7h30 générant 14 RTT -Durée de nuit : 10h générant 10 RTT -Forfait cadre : 19 RTT -Pose des RTT à la discrétion de l'agent et selon respect de la nécessité de service
Heures supplémentaires		-Heures supplémentaires soumises à validation du cadre -Récupération des heures sur le cycle de

		travail -Récupération en priorité sous forme d'heures
Décompte des absences	-Décompte des absences sur la base du temps planifié	-Décompte des absences pour maladie et autorisations d'absence sur une base de 7h (et non pas 7h30)
Remplacement des absences		-Remplacement en 1 pour 1 des CLM, CLD et congés maternité
Astreintes	-Choix de l'agent sur les modalités de récupération de l'astreinte	-Déplacement sur astreinte (temps de trajet inclus) considéré comme du temps de travail effectif -Direction décide si l'astreinte est compensée, payée, ou moitié compensée-moitié payée
Volet social		-Pérenniser les emplois contractuels : programme de stagiarisations -Favoriser l'évolution de carrière : promotion professionnelle et promotion de grade -Concilier vie professionnelle et vie familiale : maison des assistantes maternelles, conciergerie d'entreprise
Hors protocole		-Gel des heures supplémentaires et arrêt de la génération automatique de nouvelles heures -Disparition du pool de remplacement (ECS) -Disparition des mensualités de remplacement déléguées aux pôles -Intégration des congés dans les cycles (« cases RPLT » ou « cases bleues »)

Annexe 3 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation de la charge en soins

Service de neurologie, Juin 2016 - Cadre de santé : B.H.

Annexe - Indicateurs d'évaluation de la charge en soins - Service de neurologie (Juillet 2016)							
GRILLE IDE				GRILLE AS			
Soins Techniques	Fréquence	Gravité	Criticité	Soins de base	Fréquence	Gravité	Criticité
INJECTIONS				TOILETTES			
Injections S/C				Autonome			
Prélèvements sanguins				Aide			
Hémocultures				Complète			
Perfusions IV Lente				ALIMENTATION			
Perfusions IV/24h				Autonome			
Seringues autopulsées				Aide partielle			
Transfusions				Aide totale			
Alimentation parentérale				TRANSFERTS			
TRAITEMENT				Autonome			
Surveillance à la prise				Aide			
Aide à la prise				Lève malade			
Administration totale				ELIMINATION			
CONSTANTES/EXAMENS				Autonome			
Nombre de prises de constantes				Bassin			
Nombre ECG				Change			
Nombre de glycémie capillaires				Soins relationnels			
Nombre de bladerscan				RELATION			
Nombre de prélèvements BMR				Ecoute et échange patient (hors soins)			
RESPIRATION				Ecoute et échange famille			
Mise en place de lunette O2				Gestion angoisse et anxiété			
Mise en place masque haute concentration				Gestion agitation - DTS			
Aérosols				Gestion syndrome de glissement			
Installation et débranchement VNI				Gestion soins palliatifs et/ou fin de vie			
Changement canule trachéo				INFORMATION - EDUCATION			
Aspirations trachéales				Admission du patient			
ELIMINATION				Conseils et informations succints			
Analyse d'urines (ECBU)				Travail d'éducation simple			
Sondage évacuateur simple				Travail d'éducation complexe			
Pose de poche de stomie							
Pose et dépose de sonde vésicale à demeure							
Pose et dépose de sonde naso-gastrique							
Pose et dépose de sonde rectale							
Lavements vésicaux (sonde couble courant)							
Lavements rectaux							
PANSEMENTS							
Pansement simple							
Pansement complexe							
Ablatin fils et agraffes							
Ablation drains							
Ablatin cathéter voie centrale							
Pansement VAC							
Soins relationnels				INDICATEURS MEDICO-ECONOMIQUES			
RELATION				Les indicateurs de base			
Ecoute et échange patient (hors soins)				DMS			
Ecoute et échange famille				Taux d'occupation			
Gestion angoisse et anxiété				Age moyen			
Gestion agitation - DTS				Répartition des séjours par sévérité			
Gestion syndrome de glissement				Les indicateurs avancés			
Gestion soins palliatifs et/ou fin de vie				Ecart DMS / base nationale			
INFORMATION - EDUCATION				Nombre d'entrées			
Admission du patient				Nombre de séjour anormalement long			
Conseils et informations succints				Nombres de sorties			
Travail d'éducation simple				Nombre de décès			
Travail d'éducation complexe							

Annexe 4 : Exemple de maquette organisationnelle et de cycle

VALIDATION DES ORGANISATIONS
Pôle : MEDECINE
Service : CARDIOLOGIE/PNEUMOLOGIE
Grade : AIDE SOIGNANT

Les effectifs :

EPN = 10.62 ETP

Effectifs physiques = 11 agents

2 temps partiels et 9 temps pleins

Les horaires :

Matin = **M**: 6h30/14h00

AM = **A**: 13h45/21h15 et **A1**: 14h00/21h30

Jour : **J**: 10h00/18h00 avec 30mn de coupure repas

La répartition des effectifs par poste

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
M : 6h30/14h00	3	3	3	3	3	3	3
A : 13h45/21h15	1	1	1	1	1	1	1
A1 : 14h00/21h30	1	1	1	1	1	1	1
J : 10h00/18h00	1	1	1	1	1	1	1

Le cycle sur 11 semaines

SEMAINE	L	M	Mer	J	V	S	D
Semaine 1	RPLT	RH	M	M	RH	M	M
Semaine 2	A1	RPLT	RH	A	A	RH	RH
Semaine 3	M	M	RPLT	RH	M	A	A
Semaine 4	J3	RH	M	RPLT	M	RPLT	RH
Semaine 5	RH	A	A	RH	RPLT	J3	J3
Semaine 6	A	RH	J3	M	RPLT	RH	RH
Semaine 7	M	M	RPLT	RPLT	RH	M	M
Semaine 8	M	A1	RH	A1	J3	RPLT	RH
Semaine 9	RH	RPLT	M	J3	RH	A1	A1
Semaine 10	RPLT	J3	RH	M	A1	RH	RH
Semaine 11	RPLT	M	A1	RH	M	M	M

Les CF et RTT sont planifiés dans le cycle de 11 semaines en respectant le ratio de 20 à 25% de départ simultané. Il en est de même pour les RecTP.

Annexe 5 : Eléments de suivi financier de la GTT du CHC

N.B. Les indicateurs ci-dessous concernent le personnel non-médical. Les professionnels médicaux sont exclus de l'analyse.

		2014	2015	1er semestre 2016	Prévisionnel 2016 (année pleine)
Montant tous remplacements	<i>Budget H</i>	X	1 916 321	723 469	1 476 272
<i>Dont montant remplacements protocole</i>	<i>Budget H</i>			532 470	
<i>Dont montant remplacements hors protocole</i>	<i>Budget H</i>			190 998	
Montant astreintes	<i>Tous budgets</i>	121 486,34	119 267,01	49 921,54	99 843,08
Montant heures supplémentaires payées	<i>Tous budgets</i>	466 399	462 591	202 196	404 392,76
Evolution du titre 1 non médical	<i>Budget H</i>	66 303 355,71	67 755 171,78	34 741 209,90	68 873 827,84
			2,19%		1,65%
Volume d'heures supplémentaires stockées	<i>Budget H</i>	45 268	31 210	23738 à fin mai 2016	
Nombre de jours stockés sur CET	<i>Budget H</i>	2981,85	5812,49		
Evolution du taux d'absentéisme	<i>Tous budgets</i>	9,31%	9,44%	9,31%	

Richoux

Pauline

Octobre 2016

Elève directeur d'hôpital

Promotion 2015-2016

La négociation locale sur le temps de travail : levier d'efficacité organisationnelle à l'hôpital ?

Etude d'impact au Centre Hospitalier de Calais

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Mines Paris Tech

Résumé :

La renégociation des accords locaux RTT est une mesure fréquente des plans de performance et d'efficacité à l'hôpital. Un établissement public de santé sur deux a déjà renégocié son accord local du début des années 2000. Mais quels sont les bénéfices prévisibles de la renégociation ? La gestion du temps de travail (GTT) est-elle un levier d'efficacité organisationnelle à l'hôpital ?

Le Centre Hospitalier de Calais a renégocié son accord local en 2015, avant de s'engager dans un travail conséquent de refonte de ses maquettes organisationnelles. Six mois après la mise en œuvre du nouveau protocole de gestion du temps de travail, la réalisation d'une étude d'impact permet d'en mesurer les premiers résultats, tant financiers qu'organisationnels.

Alors que les gains promis sur la masse salariale s'annoncent finalement limités, l'efficacité ne peut passer que par une refonte ambitieuse, et progressive, des organisations et du management. La gestion du temps de travail apparaît comme le point d'entrée idéal d'une démarche d'efficacité organisationnelle : la GTT est à la fois un outil d'impulsion et d'accompagnement pour adapter les organisations aux besoins des patients-clients. C'est par une gestion du temps de travail moderne, plus souple et appuyée sur une concertation inter-professionnelle dans chaque secteur productif, que les organisations hospitalières peuvent gagner en efficacité.

Mots clés :

Gestion du temps de travail – réduction du temps de travail – RTT – accord local – négociation – performance – efficacité – organisations – changement

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