



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

**LE TRAVAIL FLEXIBLE A L'ÉPREUVE DE LA VIE QUOTIDIENNE :
LE CAS DU PERSONNEL SOIGNANT ET EDUCATIF EN INSTITUTION DE SANTE**

– Groupe n° 22 –

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| – Baptiste BRUN | – Anita MANGAL |
| – Blandine DEVAUX | – Fabrice NEVEU |
| – Carole DORNA | – Martine SEILLIER |
| – Béatrice FRETILLIERE | – Rodolphe SOULIE |
| – Isabelle GARNIER | – Alexis THOMAS |

Animateurs :

- *Mathias WAELLI*
- *Jean-René LEDOYEN*

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	3
2 LE CONTEXTE	5
2.1 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	5
2.1.1 <i>Le temps de travail dans la fonction publique hospitalière.....</i>	<i>6</i>
2.1.2 <i>Cas particulier du travail en 12h.....</i>	<i>7</i>
2.2 CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL.....	7
3 LA VIE QUOTIDIENNE À L'ÉPREUVE DES HORAIRES ATYPIQUES.....	8
3.1 DANS LE DOMAINE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL	9
3.1.1 <i>La prise en charge des patients</i>	<i>9</i>
3.1.2 <i>L'organisation des soins.....</i>	<i>10</i>
3.2 DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....	11
3.2.1 <i>L'impact sur la santé physique.....</i>	<i>12</i>
3.2.2 <i>L'impact sur la santé mentale.....</i>	<i>12</i>
3.3 DANS LE DOMAINE DE LA VIE PRIVÉE.....	12
3.3.1 <i>L'impact sur la famille</i>	<i>13</i>
3.3.2 <i>L'impact sur la vie sociale</i>	<i>14</i>
3.3.3 <i>L'impact sur les questions d'intendance</i>	<i>14</i>
3.3.4 <i>L'équilibre des avantages et des inconvénients.....</i>	<i>15</i>
4 PRÉCONISATIONS.....	17
4.1 AMÉLIORER LA GESTION DES HORAIRES ATYPIQUES.....	17
4.1.1 <i>Aménager les conditions de travail.....</i>	<i>17</i>
4.1.2 <i>Tendre vers une gestion appropriée et concertée des horaires.....</i>	<i>18</i>
4.2 REFONDRE LES OUTILS DE PRÉVENTION ET DÉVELOPPER L'ÉVALUATION.....	21
4.3 INSCRIRE DANS LA DURÉE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	21
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE.....	25
LISTE DES ANNEXES.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions tous les professionnels qui nous ont accueillis pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Nous remercions Mathias WAELLI et Jean-René LEDOYEN, animateurs du groupe, pour le temps et le support qu'ils nous ont accordés, tant sur la méthodologie que sur les apports de leur expérience de terrain.

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
AS	Aide-soignante
CGS	Coordonnateur général des soins
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CTE	Comité technique d'établissement
CTP	Comité technique paritaire
DMS	Durée moyenne de séjour
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des soins
DUER	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
ONDAM	Objectif national des dépenses de d'assurance maladie

Introduction

Notre travail se situe à la rencontre de deux logiques en tension : la logique technico-économique (l'organisation) qui prescrit le cadre ; et la logique du vivant (les hommes) qui s'y adapte plus ou moins facilement.

L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité de la prise en charge. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus répandues que dans la plupart des autres secteurs de l'économie. Ainsi, en 2006, dans le secteur de la santé, 52% des salariés déclarent travailler fréquemment le samedi, 46% le dimanche et 22% la nuit. Le personnel médical, les infirmières et les aides-soignantes sont les plus touchés par ces contraintes et les cumulent régulièrement. On retrouve le travail le dimanche dans d'autres secteurs de l'économie mais dans une moindre mesure ; ainsi à titre d'exemple il représente 38% dans les services aux particuliers, 20% dans les transports ; le travail de nuit représente lui 15% de l'ensemble de l'industrie. Dans les hôpitaux publics, 46% des salariés ont ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme de travail durant ces dernières années.¹

Les horaires flexibles et atypiques constituent donc le quotidien du personnel soignant et éducatif. Nous nommons ici « horaires atypiques » les aménagements du temps de travail situés en dehors du cadre de la « semaine standard », entendue au sens de 5 jours travaillés, du lundi au vendredi, des horaires compris entre 7h et 20h, avec une régularité des jours et heures travaillés et enfin par l'absence de travail les jours fériés².

Les horaires atypiques peuvent être classés en 4 catégories : le travail de nuit, le travail de fin de semaine, le travail posté (travail en équipe à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines) et le travail coupé (avec des coupures de durée variable répétées en cours de journée).

Les salariés en horaires atypiques sont également souvent soumis à des contraintes d'horaire, à savoir des semaines irrégulières, l'absence de repos hebdomadaire de 48h, des horaires fixés sans pouvoir les modifier, des journées de travail longues de plus de 11h et d'éventuels rappels à domicile destinés à compenser l'absentéisme de courte durée. En France, le travail de nuit et du dimanche ont légèrement progressé ces dernières années. Mais les semaines irrégulières et le travail le samedi se sont stabilisés. Désormais, 63% des salariés ont des horaires atypiques contre 37% travaillant à des horaires dits « normaux »³.

¹ Enquête COI-H 2006 auprès des salariés, DREES, DARES, CEE.

² Dossiers INRS 2008, « Horaires atypiques de travail », *point des connaissances sur...*ed5023

³ Enquête INSEE-DARES 1998, « Conditions de travail »

Dans le secteur public, le temps de travail a certes diminué mais la fréquence des horaires atypiques s'est accrue. Ainsi, dans le domaine de la santé, 61,1% des personnels soignants et éducatifs connaissent ce type d'horaires⁴.

Dans le contexte actuel, il existe différentes modalités d'horaires atypiques dans le domaine hospitalier, social et médico-social. Par le passé, les plus courants étaient les 3 fois 8h. Ces dernières années, suite à de nouvelles reconfigurations (passage au 35h et contraintes budgétaires), il est apparu, notamment après de nombreux entretiens, que ce système était progressivement remplacé par une diversité d'horaires, marquée par la montée en puissance des 12h dans certains services. Nous avons donc insisté, dans le cadre de notre étude, sur ce phénomène émergent.

La population concernée par ces horaires est essentiellement féminine. Si chaque personne réalise un compromis entre sa vie privée et sa vie professionnelle en fonction des contraintes sociales et réglementaires, les horaires atypiques interrogent cette articulation.

En effet, ce rythme de travail amène les salariés à travailler pendant des périodes où habituellement ils devraient être au repos ou occupés à des activités familiales ou sociales. Il apparaît ainsi aller à l'encontre des rythmes biologiques et sociaux de l'individu et met à l'épreuve la vie quotidienne du personnel soignant et éducatif.

La vie quotidienne est ici entendue au sens large, c'est-à-dire qu'elle recouvre principalement deux dimensions. Tout d'abord la vie au travail, à savoir le contenu des activités, les relations professionnelles, le rapport au travail du salarié ; mais également la vie personnelle aussi bien du point de vue familial, associatif, sportif, affectif ou encore la santé de la personne.

On en vient donc à s'interroger sur la manière dont, dans la société actuelle, se vivent au quotidien les rythmes de travail dans les structures de santé. Suite aux observations faites sur le terrain, il apparaît que les agents ne sont pas tous égaux devant les horaires flexibles. A ce titre, notre réflexion prendra en considération les caractéristiques diverses et spécifiques à chaque agent. La question est donc de savoir quelles sont les conséquences aujourd'hui des horaires atypiques sur la vie quotidienne du personnel soignant et éducatif en institution de santé.

Dans un premier temps, nous appréhenderons le contexte économique, social et réglementaire dans lequel cette problématique s'inscrit, afin d'apporter un caractère concret à notre réflexion. Par la suite, nous aborderons les aspects à la fois positifs et négatifs des horaires atypiques dans la vie quotidienne des soignants. Nous envisagerons enfin les perspectives à long terme et formulerons des préconisations. Tous ces aspects seront envisagés avec constamment à l'esprit l'importance des valeurs associées aux métiers de ce secteur qui sont le ciment de l'organisation du travail en institution de santé.

⁴ Enquête INSEE-DARES 2005, « Conditions de travail »

1 Méthodologie

Notre démarche s'est articulée autour de deux axes principaux. D'une part, des recherches documentaires permettant de fixer le cadre d'analyse et de recueillir des données chiffrées. D'autre part des entretiens ethnographiques nous ont permis de recueillir le ressenti des différentes parties prenantes et nous ont apporté une vision concrète qui nous semblait indispensable pour aborder ce sujet.

L'une des principales caractéristiques – et difficultés - de cette étude réside dans le caractère idéologique ou dans le primat du ressenti qui entoure cette question des horaires atypiques. Les premiers débats au sein du groupe le laissaient présager. Les entretiens l'ont rapidement confirmé au travers d'exemples très concrets.

Sur le caractère idéologique des horaires atypiques, les changements de position des partenaires sociaux au sein d'un même établissement sont significatifs. Par principe opposés au passage en 12h des services en 7h30 dans un CHU visité, ils s'opposent néanmoins au retour en 7h30 de certains services fonctionnant traditionnellement en 12h. Ce fut notamment le cas pour le basculement, décidé par la direction des ressources humaines, en 7h30, de l'équipe de sécurité incendie.

Le ressenti des agents est également extrêmement prégnant : la question des horaires et des plannings affecte leur vie privée. Si tous les agents sont concernés, la gestion des horaires atypiques est variable selon leurs ressources, leur caractère, leur mode de vie, éventuellement leurs valeurs. Ceci explique des positions diversifiées entre les services et au sein même des services. Par exemple, certains agents du même CHU affirment qu'avec des horaires en 12h, ils récupèrent mieux car ils disposent de plus de jours de repos entre deux plages travaillées. Ils seraient donc moins fatigués. A ceci près qu'ils affichent une nette préférence pour l'enchaînement des journées de travail (3 journées de 12h réalisées consécutivement) : l'argument selon lequel la fatigue des agents serait moindre apparaît alors contradictoire. En effet, s'il est pertinent pour le premier jour de travail, cet argument est nettement moins convaincant pour les deuxième et troisième jours. La concentration des heures travaillées, mise en parallèle avec un temps de repos moindre entre les journées, semble difficilement pouvoir aboutir à une fatigue moindre sur la période travaillée.

Dans ce contexte d'incertitudes, les positions adoptées par les parties prenantes sont évolutives et imprégnées par les jeux d'acteurs. Ainsi en est-il de la position de ce médecin du travail attestant des bienfaits pour les membres de l'équipe de sécurité incendie du travail en 12h, condition posée par le DRH pour un retour en 12h.

Les positions adoptées sont également marquées par un certain pragmatisme. Une illustration particulièrement frappante peut être fournie par le combat mené par les partenaires sociaux aux côtés des IADE du bloc opératoire d'un Centre Hospitalier pour le maintien du travail en 24h, un syndicat

n'hésitant pas à donner la priorité au maintien de l'activité du bloc, par rapport à la santé des agents et au respect de la législation.

Ces remarques invitent à la prudence dans l'analyse des entretiens réalisés. Les personnes rencontrées ont été choisies en fonction de leur établissement, de la spécificité de leur fonction, de leur expertise, de leur unité fonctionnelle avec comme objectif de refléter au mieux la diversité des situations face à un enjeu partagé. A ce titre, ont été sollicités des agents travaillant dans les établissements suivants : les CHU de Brest et Rennes, les CH d'Argenteuil, Dourdan et Avranches-Granville, les cliniques privées Saint-Grégoire et Saint-Laurent, situées à Rennes et le CHRS Poterne-Les Peupliers de Paris. Et au niveau des fonctions et métiers exercés par les personnes rencontrées, sont recensés : Aide-soignants (AS), Infirmiers diplômés d'Etat (IDE), Cadres de santé, Directeurs des soins (DS) et Coordonnateur général des soins (CGS), DRH, Médecins du travail, Educateur. Il nous semblait important de solliciter, autant que possible, l'ensemble des acteurs concernés par cet enjeu. Au-delà des catégories professionnelles, nous avons eu le souci d'interroger des personnes aux profils sociaux divers (âge, enfants, sexe, ancienneté). Néanmoins, il ne nous a pas été possible de construire un panel exhaustif : nous n'avons pu par exemple rencontrer qu'un seul éducateur et aucun partenaire social.

Cette démarche s'inspire de la méthode décrite par Stéphane BEAUD, qui « (...) défend (...) l'idée que la force heuristique de l'entretien sociologique tient — à condition qu'il s'inscrive dans une enquête ethnographique qui lui donne un cadre de référence et lui fournit des points de référence et de comparaison — à sa singularité que le sociologue peut faire fonctionner comme cas limite d'analyse, qui lui confère un pouvoir de généralité. Restreindre le travail intensif sur un nombre somme toute limité d'entretiens, c'est d'une certaine manière faire confiance aux possibilités de cet instrument d'enquête, notamment celle de faire apparaître la cohérence d'attitudes et de conduites sociales, en inscrivant celles-ci dans une histoire ou une trajectoire à la fois personnelle et collective⁵. »

Tant pour des raisons pratiques (possibilité de lecture rapide) que comparatives, une grille d'analyse (Annexe 1) a été conçue, permettant ainsi une harmonisation des restitutions. Cependant, des guides d'entretien différenciés (Annexe 2) selon les catégories professionnelles (un guide pour les entretiens AS-IDE, un guide DRH-DS, un guide Médecin du travail) interrogées ont été auparavant élaborés.

En parallèle, des recherches documentaires ont permis d'appréhender le contexte législatif, financier, institutionnel et social, d'affiner la problématique, de compléter les informations obtenues au cours des entretiens et de collecter des données chiffrées. Ces recherches ont eu pour but de replacer les

⁵ L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique», Politix. Vol. 9, N°35. Troisième trimestre 1996. pp. 226-257.

paroles recueillies dans un contexte qui les a produites afin d'expliquer les différentes manières de réagir face à une situation commune.

Les échanges avec les animateurs et les réflexions menées au sein du groupe ont conduit à focaliser nos investigations sur les horaires atypiques, dont les principales formes sont le travail posté, le travail de nuit et le travail de fin de semaine. La question du passage en 12h et de ses conséquences a été régulièrement soulevée au cours des entretiens et a fait l'objet d'une attention particulière. Pour autant, la notion de flexibilité interroge également les horaires atypiques au regard des fréquents rappels à domicile générés par l'absentéisme de courte durée. Selon un DRH rencontré, on ne mesure pas suffisamment l'impact de ces auto-remplacements. Le rappel à domicile le matin pour venir assurer le poste d'un collègue de l'équipe d'après-midi afin d'assurer la continuité du service constitue l'un des exemples les plus forts d'horaires atypiques et une spécificité des secteurs hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Le fait qu'un agent ne puisse pas prévoir sereinement son mois de travail est éprouvant nerveusement pour le personnel soignant et éducatif.

Enfin, l'ensemble de notre travail a été animé par une volonté de nous inscrire dans une démarche prospective et donc de formuler des pistes d'évolution : tant au regard des fonctions actuelles ou futures des membres du groupe qu'au niveau de l'actualité du sujet, une telle démarche nous est parue nécessaire.

2 Le contexte

2.1 Le cadre réglementaire

Il existe deux systèmes juridiques différents pour le secteur public et le secteur privé, bien que de nombreuses dispositions présentent des similitudes.

La réglementation relative au temps de travail a pour objectif l'amélioration de la protection de la santé des salariés. La première loi en matière de temps de travail date du 23 avril 1919. Elle limitait la durée quotidienne de travail à 8h et la durée hebdomadaire à 48h. Les plus récentes interventions en matière de réglementation du temps de travail sont encore prises sur le fondement « *des prescriptions minimales visant à promouvoir notamment l'amélioration du milieu du travail, afin de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs* »⁶.

La durée quotidienne de travail est organisée selon les articles L 3121-34, D. 3121-19, D. 3121-15, D. 3121-16 du Code du Travail (Annexe 3)

La durée hebdomadaire du travail, fixée à 35h par semaine civile, est précisée aux articles L. 3121-10, L. 3122-9, L. 3121-36, R. 3121-21, L. 3121-52, L. 3122-47 du Code du Travail (Annexe 3).

A titre exceptionnel, le Ministère du Travail peut autoriser au plus jusqu'à 60 heures de travail. Cette

⁶ Directive UE 93/104, 1993.

autorisation nécessite une demande motivée de l'employeur ou de l'organisation patronale accompagnée de l'avis des organisations syndicales ou des représentants du personnel. Suivant le cas, la décision est prise soit par le ministre chargé du travail, soit par le directeur régional ou départemental du travail ou par l'inspecteur du travail.

Au regard de notre étude essentiellement réalisée dans des établissements de santé de la fonction publique hospitalière, ce cadre légal est à compléter avec la réglementation correspondant à la fonction publique hospitalière. Cette réglementation prévoit également des dérogations en matière de temps de travail.

2.1.1 Le temps de travail dans la fonction publique hospitalière

Le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du temps de travail, définit les règles légales s'appliquant aux établissements hospitaliers de la fonction publique hospitalière. Il définit dans un premier temps les personnels soumis à des sujétions spécifiques (article 2 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002). Il s'agit des agents en repos variable, les agents travaillant exclusivement de nuit ; les agents en servitude d'internat. L'article 6 de ce même décret énonce les garanties que doit respecter l'organisation du travail :

- *«La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48h.*
- *Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12h consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36h consécutives minimum.*
- *Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutives, dont un dimanche. »*

L'article 7, modifié par le décret n°2007-826 du 11 mai 2007, définit les règles applicables à la durée quotidienne de travail :

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

- Les agents en repos variables

Les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés dans l'année civile sont appelés agents en repos variable. Pour ces personnels, la durée annuelle du travail effectif est réduite à 1 582 heures hors jours de repos supplémentaires. Les agents en repos variables qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

- Les agents travaillant exclusivement de nuit

Les agents sont reconnus comme travaillant exclusivement de nuit s'ils effectuent au moins 90% de leur temps de travail annuel en travail de nuit. La durée annuelle du travail effectif est réduite à 1 476 heures depuis le 1^{er} janvier 2004, hors jours de repos supplémentaires.

2.1.2 Cas particulier du travail en 12h

La loi prévoit une durée quotidienne de travail 10h. Le travail en 12h ne peut être autorisé qu'en cas d'accord de branche ou sur demande faite à l'inspection du travail. Il s'agit d'une mesure exceptionnelle, également dans le secteur hospitalier. (Annexe 4)

2.2 Contexte économique et social

Le cadre réglementaire s'applique dans un contexte économique et social particulier, qui impacte également les questions relatives aux horaires atypiques et à la flexibilité du travail.

Au niveau financier, d'abord, la situation a largement évolué depuis la mise en place, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, d'un système de sécurité sociale oscillant entre les modèles beveridgien et bismarckien. Depuis 1996, le financement du système est organisé par une Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), votée annuellement par le Parlement, qui fixe notamment un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) autour duquel s'articule ledit financement. Depuis 2005 est affirmée la volonté de maintenir la croissance annuelle de l'ONDAM total dans une limite de 3%. Il existe ainsi, au niveau global, une tendance lourde à la maîtrise des dépenses sanitaires et sociales (Annexe 5).

La déclinaison à l'échelle des établissements de cette volonté de maîtrise des dépenses trouve son illustration au niveau hospitalier dans la mise en œuvre progressive, à partir de 2004, de la tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de financement remplace le système de la dotation globale et pose le principe d'un financement basé sur l'activité réelle des établissements. La mise en place de la T2A, parce qu'elle incite au développement de l'activité, contraint à des registres de productivité différents. La durée moyenne de séjour baisse, le nombre d'entrées augmente. Travailler en horaires atypiques peut s'avérer aujourd'hui plus ardu qu'hier dans la mesure où s'y ajoutent des exigences de productivité accrues.

Le passage à la T2A vise en outre à favoriser la mise en adéquation des moyens et des résultats, en sortant les établissements du confort que représentait la relative fixité du financement par dotation allouée par le ministère de la Santé, et en les contraignant aux restructurations nécessaires au développement de leur efficience.

L'essentiel des dépenses des établissements concernés réside dans les charges en personnel – de 50% à 80% des dépenses en fonction de l'établissement, comme il nous l'a été indiqué lors des différents entretiens/ Le contexte budgétaire contraint qui s'est fait jour depuis le milieu des années 1990, tant

au niveau national qu'à l'échelle des établissements, représente ainsi une constante omniprésente dans la discussion sur les horaires de travail.

Ce constat est renforcé par la dimension sociale du contexte de notre étude. Le passage à une durée légale de travail hebdomadaire de 35h a eu deux types de conséquences pour les établissements qui nous intéressent. D'une part, cette évolution importante a connu une adaptation peu aisée dans les établissements tenus d'assurer une prise en charge continue de leurs usagers. Le principe établi nationalement a dû faire l'objet d'adaptations locales prenant en compte les caractéristiques spécifiques de chaque établissement (histoire et politique sociales, types de prises en charge à assurer, marges de manœuvre). La conséquence en est une indéniable diversité des situations quant aux modalités de mise en œuvre de ces 35h ; cette donnée ne saurait être ignorée pour qui se penche sur la question des horaires d'une journée de travail.

Le second impact du passage aux 35h dépasse le cadre des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Il s'agit de l'évolution du rapport au travail que cette forte réduction du temps global de labeur a pu provoquer. Il est ressorti de plusieurs entretiens que nous avons menés que l'état d'esprit des agents avait évolué. La promesse d'une part accrue du temps de loisir dans la vie quotidienne a été bien intégrée ; *a contrario*, l'activité professionnelle est de plus en plus considérée comme une nécessité, et moins comme une source d'épanouissement. Il en résulte une forme de distanciation, matérialisée notamment par le développement de la propension des agents au « comptage scrupuleux » de leurs heures de travail. Un médecin du travail interrogé relaie des propos de soignants qui expriment une « lassitude qui s'installe progressivement par rapport au travail, un désintérêt par rapport au travail, une distension du lien soigné-soignant. »

Enfin, le passage aux 35h s'est télescopé sur le plan social avec la pénurie croissante de personnels soignants : « il manque 22 000 IDE en France » estime un DS rencontré. Ces deux phénomènes conjugués sont structurants de l'état d'esprit qui entoure la question des horaires dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, en ce qu'ils génèrent une tension sur les effectifs, avec l'idée que des personnels moins nombreux et *de facto* moins disponibles doivent continuer à assurer les mêmes missions.

3 La vie quotidienne à l'épreuve des horaires atypiques

Le développement des horaires atypiques en 12h pose la question de l'articulation de ces horaires avec la vie quotidienne. Il s'agit, au travers des données recueillies, de s'interroger d'abord sur les effets de ce type d'horaires en matière d'organisation du travail, de prise en charge des patients, de la qualité et de la sécurité des soins et de santé des soignants. Dans un second temps, les questions relatives à la vie personnelle seront abordées.

3.1 Dans le domaine de l'organisation du travail

3.1.1 La prise en charge des patients

La majorité des soignants interrogés expriment une satisfaction : le fait d'assurer une continuité sur une période plus longue de la journée, en 12h, leur permet de mieux accompagner les patients et aussi les familles. Une IDE indique qu'elle peut mieux accompagner les mamans dans le cadre d'action d'éducation à la santé comme l'allaitement, « *je peux réajuster et voir les progrès sur la journée* ». Une AS signale qu'elle peut adapter sa pratique lors des mises au fauteuil des patients « *quand j'ai levé un patient le matin, si j'ai rencontré des difficultés, je m'adapte mieux l'après midi* ». En outre, les agents ont une meilleure connaissance des patients sur leur poste de travail. Certains agents font cependant remarquer que l'organisation en 3 équipes, en horaires de 3 fois 8h, permet de porter un nouveau regard sur le patient en cours de journée, de repérer les possibles changements d'états du patient et d'ajuster les soins.

Par ailleurs, certains agents signalent qu'ils ont aussi plus de temps pour les patients. Une AS indique : « *ça donne du temps pour discuter avec les patients* » et une IDE précise : « *comme on peut étaler le travail sur la journée, la prise en charge est plus agréable : ça permet pendant les moments de creux de faire des protocoles, d'aller faire du relationnel avec le patient. Le travail en 12h permet de gérer de manière plus individuelle et plus apaisée les patients* ». On notera que ces agents nous sont apparus particulièrement attachés aux valeurs humanistes et à la notion de « *devoir moral* ». En effet, au cours de leur discours, on retrouve plus souvent les termes « *qualité des soins* », « *bien-être du patient* » et « *c'est bien pour le patient* ». Ces propos peuvent être nuancés par les remarques faites par un cadre « *on pourrait penser que lorsqu'il y a des moments plus calmes, on prend du temps pour les patients mais les agents préfèrent se poser, s'économiser* ». On retrouve ce ressenti positif sur la qualité de prise en charge des patients quelles que soient les modalités de mise en place des 12h (sur la base du volontariat des agents ou décision prise par la direction dans le cadre de contraintes budgétaires).

Toutefois, l'encadrement relève que si la connaissance du patient est optimisée sur le temps de présence des agents, les horaires en 12h entraînent **une perte d'informations sur la connaissance du patient** au cours de son hospitalisation à moyen et long terme. En effet, en 12h, les plages de travail des soignants ne dépassent pas trois jours consécutifs et elles sont suivies de longues périodes de repos. De ce fait, les agents anticipent moins la prise en charge du patient : un cadre de cardiologie signale : « *les agents n'anticipent pas, ils ne voient pas sur le long terme* ». Cet élément se retrouve surtout dans les services qui ont des DMS plus longues (plus de 2 jours) comme la médecine, la cardiologie ou la néonatalogie. Par ailleurs, un DS précise : « *on est beaucoup dans l'oralité, on perd des infos* ». Il nous indique néanmoins que des outils ont été mis en place pour que tout le monde ait les mêmes informations sur une journée, mais que les dossiers patients restent « *mal renseignés* ». Il ressort cependant de certains entretiens que la gestion des temps de

chevauchement et la déperdition d'information en résultant peuvent trouver leur solution dans l'informatisation du dossier patient et dans la programmation des soins.

Dans la littérature, aucune étude ne rapporte d'évaluation portant sur la qualité des soins ressentie et ne nous permet d'objectiver ces observations.

3.1.2 L'organisation des soins

Au cours des entretiens, plusieurs agents mais aussi des cadres nous ont signalé que la mise en place des 12h a permis une réorganisation des soins sur le poste de travail. En effet, les soins peuvent être répartis sur la journée sans les faire reposer sur l'équipe suivante. Ce décalage est soit en lien avec la charge de travail, soit avec l'état du patient. Un cadre nous dit : « *pour les patients en fin de vie, il arrive qu'on fasse les toilettes l'après-midi* ». Une IDE précise : « *je fais les pansements l'après-midi, je m'organise sur mes 12h* ».

Cette organisation donne la possibilité de mieux respecter les besoins, les attentes et le rythme physiologique des patients. Elle renforce aussi le sentiment d'autonomie des agents. Une IDE indique : « *on a plus d'autonomie pour gérer le temps sur la journée en fonction de la charge de travail et de l'état du patient* ». Une AS précise : « *j'ai la possibilité de mieux répartir les tâches sur la journée, alors qu'avant on confiait le reste des tâches à l'équipe suivante* ». Par ailleurs, les entretiens montrent que l'organisation en 12h améliore la collaboration entre les équipes médicales et paramédicales, notamment parce que ce sont les mêmes soignants qui font la visite et la contre-visite. L'autonomie et la relation entre médecins et soignants sont identifiées comme deux critères d'attractivité d'un établissement pour les professionnels dans la littérature⁷.

On note que dans les établissements où la mise en place des 12h a été choisie par les agents et où des réflexions ont été menées conjointement par l'encadrement et l'équipe sur les organisations du travail, les agents semblent s'être approprié la possibilité de gérer différemment les soins sur le poste de travail. En fait, pour ces établissements, il y a eu un accompagnement au changement qui a permis, comme nous le précise un cadre, « *un changement des mentalités* ». En revanche, dans une structure où les 12h ont été imposées par la direction sans réflexion sur les organisations, un AS nous signale : « *je continue à travailler comme avant, je fais le travail du matin puis celui de l'après-midi* », il n'y a pas de report de tâches sur le poste de travail. Toutefois, une autre AS du même établissement a un autre point de vue, elle indique : « *je peux décaler les soins sur la journée* ». Il faut noter que cette dernière nous semble assez attachée à la qualité du service rendu aux patients.

La communication au sein des équipes est impactée par la mise en place des 12h. En effet, les temps de chevauchement sont réduits, *de facto* il y a moins d'échanges entre les agents et une distanciation se crée par rapport au travail. Un cadre indique : « *on a perdu sur les temps de rencontre, c'est ce qui faisait la cohésion de l'équipe* ». Une IDE ajoute : « *il y a moins de communication au sein de l'équipe. Après son poste, on n'a pas envie de rester, on a envie de*

⁷ BRUNELLE Y., Magnets hospitals : a hospital with good working and care conditions, *Prat Organ Soins*, 2009; 40(1):39-48

prendre l'air ». Un cadre signale : « *les agents reviennent difficilement pour travailler sur les projets, ils se détachent de certaines activités* ». Lors de notre entretien avec le Dr ESTRYN BEHAR, cette dernière précise : « *les temps de chevauchement des équipes sont essentiels pour leur cohésion* ».

Un autre élément **concerne la qualité et la sécurité des soins**. On note chez plusieurs professionnels un sentiment d'inquiétude quant aux risques d'erreurs même si aucune recrudescence d'événements indésirables n'a pu être observée, dans le cadre de notre enquête, depuis la mise en place des 12h. Pour autant, une étude américaine basée sur un échantillon de 393 IDE montre que le risque d'erreur dans l'administration des médicaments augmente avec le nombre d'heures travaillées⁸: le ratio d'erreurs constatées est ainsi de 1,34 pour un horaire régulier de 8h, de 1,54 sur la tranche de 8h – 12h et de 3,26 pour les quarts de travail supérieurs à 12h. Dans cette même étude, le recours aux heures supplémentaires et les semaines de travail supérieures à 40h sont également identifiés comme des facteurs de risque.

Une IDE travaillant dans un service technique précise : « *après 10h de travail, on a parfois des problèmes pour les soins techniques. C'est difficile de fixer son attention. On est moins performant* ». Un cadre d'une unité de cardiologie ajoute : « *en fin de journée, j'ai un sentiment d'insécurité. J'ai peur des erreurs. Ça pèse sur la qualité des soins, du travail. Les agents sont moins diplomates* ». Elle s'interroge sur la légitimité de poursuivre les 12h dans son service, alors qu'elle était initialement plutôt favorable au projet. On peut relier ceci à un problème de vigilance qui, lors des entretiens, nous est apparu plus prégnant dans les services où les agents sont soumis à une charge physique et mentale soutenue tout au long du poste de travail : services prenant en charge des patients dépendants (cardiologie), avec des soins très techniques (néonatalogie) ou des pics d'activité importants en fin de poste (pédiatrie). Cela corrobore les études réalisées sur le sujet : « *la charge de travail amplifie l'effet de la durée du poste sur le niveau de vigilance* »⁹.

*« L'érosion de l'efficacité » est liée à la longueur de la journée de travail (...) Mobiliser ses connaissances sur une durée aussi longue est un travail coûteux pour le salarié qui se fait au détriment de sa santé physique et psychique. (...) les processus de mémorisation sont plus coûteux avec l'avancée dans le temps.*¹⁰ ».

3.2 Dans le domaine de la santé

Ces conditions de travail peuvent avoir un impact sur la santé physique et mentale des soignants.

⁸ A E Rogers, W T Hwang, L D Scott, L Aiken, D F Dinges, « The working hours of hospital staff nurses and patient safety », *Health Affairs*, 23, n°4, 2004

⁹ BARTHE Béatrice ; les 2X 12 heures : une solution au conflit de temporalités du travail en poste ?, *Temporalités* (en ligne), 10/2009, mis en ligne le 30 novembre 2009, URL ;<http://temporalités.revues.org/index1137.html>

¹⁰ Escudie, O., Gadbois, C., Giujuzza, C., Michel, A., Saurel, D. (1998). Équipe en 12 heures à l'hôpital : Analyse d'une réponse locale aux exigences de la tâche dans une unité de réanimation. Actes du congrès de la SELF.)

3.2.1 L'impact sur la santé physique

Un point important qui peut être relevé dans la majorité des entretiens concerne la fatigue et la pénibilité engendrées par les horaires en 12h comparativement aux horaires en 3 fois 8h. En effet, bon nombre des agents interviewés ont connu les 2 types d'horaires.

Une IDE indique : « *au-delà de 10h, je suis fatiguée, on a nos limites* ». Une autre ajoute : « *on domine la fatigue par rapport aux avantages* ». D'autres signalent que le temps de récupération pour 2 jours de travail est plus long qu'avant.

La difficulté liée à la fatigue semble être majorée pour les personnels ayant des horaires en 12h alternant sur le jour et la nuit, travaillant plus de 2 jours consécutifs, prenant en charge de patients plus dépendants ou dans des services nécessitant des soins techniques ou ayant avec de des périodes d'activité plus intenses et pour les soignants les plus âgés.

3.2.2 L'impact sur la santé mentale

Si dans les services précédemment cités, les soignants nous rapportent une augmentation du stress en fin de poste, d'autres voient plutôt un côté positif de cette organisation sur leur charge mentale. En effet, ces derniers nous signalent être moins « *stressés* » sur leur poste de travail, plus particulièrement en fin de matinée. On peut relever dans les entretiens, les éléments suivants : « *avant, on se dépêchait pour finir son travail avant l'arrivée des collègues, maintenant j'organise ma journée* » ; « *il n'y a pas de contrôle du travail par l'autre équipe comme avant, c'est ce qui stresse* » ; « *moins de chamailleries entre les équipes, on ne laisse pas le travail pour l'équipe suivante, moins de contrôle par les autres équipes* ».

Cet élément, associé à un sentiment d'amélioration de la qualité et d'autonomie dans la gestion des soins, participe au bien être au travail et nous paraît contribuer à l'adaptation de certains agents à ce type d'horaires atypiques.

3.3 Dans le domaine de la vie privée

Cette problématique de la conciliation des horaires atypiques avec la vie quotidienne des soignants a également des conséquences sur la vie des personnes en dehors du temps de travail. Toutefois, la distinction entre vie privée et vie professionnelle est dans la réalité plus diffuse et moins discontinue que la présentation de notre analyse qui, dans un souci de clarté, se propose de l'exposer séparément. Nous allons dès lors évoquer la manière dont les horaires atypiques en général et les 12h en particulier influent sur le temps personnel de la vie des soignants, à la fois sur le plan de l'organisation de leur vie familiale, de leur vie sociale et de leurs activités diverses.

3.3.1 L'impact sur la famille

Dans nos sociétés où le temps passé en famille est central, la tranche horaire en semaine de 19-21h est jugée primordiale et très utilisée, tandis que d'autres tranches horaires telles que celles de la nuit sont considérées comme moins utiles socialement.

On peut alors dégager une première notion importante, à savoir la « *valeur d'utilité sociale* » d'une période ou tranche horaire¹¹. Cette notion permet d'expliquer notamment pourquoi certains services mettant en place les 12h voient les agents de nuit plus récalcitrants que les autres. Si la quantité de temps de travail s'allonge peu pour eux (passage de 10 à 12h), comparés aux agents de jour en 7h30, la tranche horaire passant dans le temps professionnel est celle de 19 à 21h, c'est-à-dire le moment de regroupement familial autour du repas (spécialement en France) et le coucher éventuel des enfants. Une IDE précise notamment qu'elle fait davantage appel à ses beaux-parents pour garder ses enfants. Ainsi le changement d'horaire en 12h est plus favorable aux personnels de jour, comme le note une IDE : « *je mange avec mon mari et mes enfants tous les soirs* ».

L'augmentation des temps de repos consécutifs amène des réactions souvent joyeuses qui transparaissent dans les entretiens : « *Mes proches me disent qu'ils ont l'impression que je travaille à mi-temps (rires)* ». C'est un des principaux avantages mis en avant dans la plupart des entretiens. De surcroît dans le système des 12h, le temps de travail est davantage concentré que dans celui des 3 fois 8h. Ceci a pour effet d'augmenter les temps de repos consécutifs. Or, il apparaît que la fréquence de certaines activités est corrélée à la longueur de ce temps continu disponible¹². On peut supposer que des périodes de repos permettent une diversité et une diversification des activités extraprofessionnelles. On peut remarquer d'autre part que l'importance, dans la vie d'une personne, de la réussite de la vie familiale influe sur l'acceptation et le jugement porté sur les horaires.

Néanmoins, certains agents insistent sur le côté négatif des horaires en 12h. Une IDE souligne le fait que son mari, absent la semaine, a l'impression de ne pas la voir. Une autre IDE indique les difficultés de son mari, en invalidité, pour gérer son quotidien et notamment tous les repas de la journée sans elle. Ces situations peuvent engendrer du stress, une complexification de l'intendance (trouver des baby-sitters) voire instaurer une situation dangereuse. Une autre IDE déclare devoir laisser parfois sa fille aînée de 13 ans garder la cadette de 5 ans durant une heure, le temps que le mari revienne. On constate que ces difficultés sont corrélées à la composition de la cellule familiale (avec ou sans conjoint, avec ou sans enfant) et aux caractéristiques de ces composants (mari invalide ou en bonne santé, absent ou pas, ayant lui-même des horaires atypiques ou non, enfant en bas âge ou autonome).

¹¹ (« LES DISCORDANCES PSYCHOSOCIALES DES HORAIRES POSTÉS : QUESTIONS EN SUSPENS » Charles Gadbois, P.U.F. | *Le travail humain*, 2004/1 - Vol. 67 pages 63 à 85 ISSN 0041-1868)

¹² Sakai, K., Kogi, K., Watanabe, A., Onishi, N., & Shindo, H. (1982). Location and time-budgets working consecutive nightshifts. In K. Kogi, T. Miuria, & H. Saito (Eds.), *Shiftwork : its practice and improvement* (pp. 417-428).Tokyo : Center for academic publications, cité dans l'article précédent de Charles Gadbois)

3.3.2 L'impact sur la vie sociale

La vie privée comporte la vie familiale, mais aussi la vie sociale, en dehors du cercle familial (conjoint et enfant), c'est-à-dire une vie davantage centrée autour de la personne en elle-même, ses amis, ses possibilités de sorties et ses loisirs.

La mise en place des 12h a permis aux personnels de travailler moins souvent les week-ends. En effet, il y a besoin de moins d'effectif les samedis et dimanches, grâce à l'allongement des journées de travail, ce qui permet d'organiser les plannings différemment. Les agents ne travaillent, dans la majorité des cas, qu'un week-end sur trois, voir un sur quatre. Cette différence est très souvent mise en avant dans les entretiens, une infirmière qualifie même ceci « *du seul avantage positif des 12h* ».

Certains agents mettent en avant la possibilité d'effectuer des heures supplémentaires grâce à l'organisation en 12h. En effet, les agents ne travaillant que 11 jours par mois, il leur est plus facile de travailler durant les nuits en heures supplémentaires. « *Cela nous permet d'avoir plus d'argent et on peut aller jusqu'à 300 euros par nuit. Les cadres ont cependant limité le nombre de nuit en plus possibles* », affirme une infirmière.

Cependant, des inconvénients sont évoqués par d'autres personnes interrogés, tels que la difficulté de rompre avec le travail après une journée aussi longue lui étant consacrée. Ceci a des répercussions sur l'état physique et psychique du personnel. Une infirmière déclare, par exemple « *voir redéfiler sa journée durant son sommeil* » et se sentir obligée d'appeler son service par conscience professionnelle. L'idée de recontacter le service « *par conscience professionnelle* » peut-être interprété là encore comme une forme d'attachement à des valeurs fortes, récurrentes dans le secteur sanitaire et médicosociale.

Enfin, il est intéressant de noter, qu'au delà du type d'horaire, en 12h ou en 3 fois 8h, les agents mettent en avant leurs besoins d'avoir un planning stable et connu de longue date. Cela leur permet de mieux programmer et organiser leur vie sociale. Ainsi, l'alternance, entre le travail de jour et le travail de nuit notamment, est source de déstabilisation pour le personnel et rend plus difficile une conciliation vie professionnelle et vie sociale. La technique du rappel des agents en cas d'absentéisme est ainsi critiqué par ceux-ci car source de modifications dans leur organisation.

3.3.3 L'impact sur les questions d'intendance

On entendra par ce terme les activités régulières d'un ménage visant à son bon fonctionnement, qu'elles soient quotidiennes telles que la préparation des repas et la vaisselle, ou plus réparties dans le temps (courses, lessives, ménage).

Les conséquences des horaires en 12h sur ce thème apparaissent globalement positives. La remarque suivante d'une IDE est révélatrice d'un jugement plus global des soignants : « *au début, j'étais plus*

fatiguée qu'avant, mais je suis moins fatiguée au bout du compte. Parce que si on bosse du matin, on ne va pas se coucher l'après-midi, on va faire les courses. Donc on faisait deux journées en une. On a maintenant une journée tâches ménagères et une journée boulot. Y a juste besoin de s'organiser ». On note d'abord la séparation plus facile entre journée de travail et journée destinée à l'intendance, qui rend les journées moins denses. On remarque ensuite que ce jugement positif n'est possible que sous la condition d'une réorganisation des tâches.

Il faut cependant tempérer ces aspects positifs. Une IDE indique notamment : *« je ne trouve pas que je fais plus de choses à la maison, je trouve à la limite que je faisais plus de choses en 8h »*. En comparant les profils de cette IDE et de la précédente (toutes deux la cinquantaine sans enfant à charge), il apparaît que les habitudes et les préférences d'organisation jouent un rôle important sur le ressenti à l'égard d'un type d'organisation horaire. Enfin, une IDE note que l'allongement des journées l'oblige souvent à préparer des surgelés. Plus globalement, les tâches quotidiennes en pâtissent, alors que les tâches moins fréquentes (courses), qui peuvent plus facilement être décalées, sont moins gênantes.

3.3.4 L'équilibre des avantages et des inconvénients

De manière plus générale, un avantage est mis en avant en ce qui concerne le système des 12h : l'augmentation du nombre de jours de repos. Les personnes interrogées sont très souvent contentes de cet horaire. Cette impression positive est cependant tempérée dans tous les discours par des remarques sur la fatigue entraînée par la longueur des journées de travail, dont les agents n'évaluent pas les conséquences à long terme. Cette balance entre les avantages et les inconvénients des 12h est explicitée dans l'un des entretiens par un aide soignant : *« mes proches étaient contents. Ma femme m'a dit tu te rends compte tu bosses pendant 12h tu pourrais être là... y a que moi qui faisais de la résistance ! Les collègues blaguent : oh, on viendra avec une canne... mais moi ça ne me fait pas rire. C'est plus difficile pour les agents plus âgés. C'est pas des feignantes hein, mais le dos... »*.

Un des points récurrents dans les entretiens est la difficulté d'adaptation qu'ont ressentie les agents lorsqu'un changement d'horaire est survenu. Cette difficulté est réapparue tant dans la réorganisation de leur vie familiale que dans leur vie privée en dehors de la sphère familiale. Ce phénomène peut s'apparenter, par certains côtés à celui de la « réactivité aux changements ». Il est intéressant de remarquer que, dans beaucoup de cas, les agents étant initialement contre la mise en place des horaires en 12h ne désirent pas retourner en arrière une fois qu'ils ont opéré des changements dans l'organisation de leur vie personnelle. Ceci peut résider, soit dans la découverte d'avantages au système des 12h qu'ils n'auraient pas pris en compte à l'origine, soit dans la volonté de trouver une stabilité dans leur rythme de vie, en évitant de changer trop souvent d'horaire. Une AS se définit ainsi comme une « *partisane* » des 12h, malgré de

nombreuses critiques, notamment sur la conciliation avec sa vie familiale et sur la fatigue et malgré des interrogations sur sa capacité à suivre physiquement.

En synthèse, ces entretiens nous ont permis de constater que les agents ne vivent pas de la même manière la conciliation de leurs horaires avec leur vie quotidienne. Cette conciliation dépend de leur profil et de nombreuses variables. Il ne s'agit pas d'identifier des profils rigides et définitifs d'agents susceptibles s'adapter à tel ou tel type d'horaire en fonction de critères précis, ce qui serait trop caricatural, mais bien de mettre en avant certaines variables qui ont pu ressortir de l'analyse de ses entretiens. Des variables possibles et explicatives mais dont les implications demeurent complexes et qui peuvent se cumuler ou s'imbriquer les unes avec les autres.

Pour ce faire, nous identifions deux types de variables, celles tenant au contexte institutionnel et celles intrinsèques à l'agent.

En ce qui concerne celles relatives au contexte :

- **Le management**, soit la mise en œuvre du changement d'horaire, la tenue de réunion avec le personnel, l'information de celui-ci ou encore la possibilité qui lui est offerte de changer d'horaire, permet une meilleure adhésion des agents au changement et un meilleur vécu de la conciliation avec la vie quotidienne.
- **Le type de service** est une donnée à ne pas sous-évaluer. En effet, dans des entretiens, des agents affirment que s'ils sont contents des 12h dans leurs services, ils ne pensent pas que ce système soit une bonne idée pour d'autres services.

En ce qui concerne les variables intrinsèques à l'agent :

- **L'âge** est à prendre en compte. Le travail de nuit et en 12h semble fatiguer davantage les agents et certains mettent en avant soit qu'ils sont « *trop âgés* » pour bien récupérer, soit qu'ils doutent de pouvoir continuer sur le long terme.
- **L'état de santé**, variable qui peut être regroupée avec celle de l'âge et qui comporte la capacité de récupération de l'agent ainsi que sa résistance psychologique.
- **Le contexte familial**, si les horaires atypiques, notamment le travail de nuit, sont choisis par les agents, c'est en partie pour des raisons familiales.
- **Le rapport au travail** influe sur l'impact des horaires atypiques. L'attachement du personnel soignant à certaines valeurs, notamment celle de la qualité des soins, de la conscience professionnelle et du service rendu au patient, est souvent ressorti des entretiens comme motivation pour conserver ou mieux accepter le travail en 12h.
- **Le besoin d'autonomie des agents** peut enfin être une variable. En effet, les horaires en 12h laisse la possibilité d'une certaine organisation, mais ceci est ressenti comme un handicap par certains agents qui apprécient avoir plus d'encadrement.

4 Préconisations

En 1996, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) relevait une « *fausse croyance à l'indépendance entre l'évolution du temps de travail et le contenu de l'activité de travail qui induit à sous-estimer leur intrication et donc leurs effets combinatoires sur les conditions de travail et la santé des salariés.* »¹³ Depuis, les études sur les conséquences des horaires atypiques se sont multipliées. Les effets sur la santé des professionnels sont décrits largement et font également toujours l'objet de recherches, notamment dans leur lien supposé avec certains cancers.¹⁴

Pour autant la synthèse de ces travaux est à mesurer à l'aune des situations rencontrées. En effet, Sophie FANTONI-QUINTON¹⁵ décrit que « *les conséquences sur la santé sont multiples, complexes, individus-dépendantes et également difficiles à appréhender* ».

Trois aspects peuvent être retenus : la gestion des horaires atypiques (A) ; la prévention des risques et l'évaluation (B) ; la prise en compte des effets à long terme (C).

4.1 Améliorer la gestion des horaires atypiques

4.1.1 Aménager les conditions de travail

La relation des horaires atypiques aux autres conditions de travail trouve son origine dans la notion même de temps de travail qui a évolué d'une perception linéaire à une analyse multidimensionnelle¹⁶ : « *le temps de travail est d'abord mesuré, de façon standardisée, en une seule et simple dimension. [...] Ce n'est que lorsque l'approche uniquement quantitative du temps de travail s'est heurtée à l'émergence des troubles psychosociaux qu'enfin, sa composante qualitative a été envisagée* ». Le temps de travail, souvent considéré comme une simple « *enveloppe* » de l'activité touche en réalité profondément le contenu de celle-ci¹⁷.

L'aménagement de l'ensemble des conditions de travail peut prendre plusieurs formes :

- **une augmentation de l'autonomie** dans le travail par une gestion des pauses la plus souple possible,¹⁸ favorisant ainsi la récupération,
- **une prise en compte des contraintes personnelles** (soutien pour améliorer les conditions de vie familiale¹⁹, les transports, les infrastructures sociales²⁰),

¹³ PÉPIN M., « Évaluation des accords d'aménagement-réduction du temps de travail », Cahiers de l'ANACT, 1996

¹⁴ 'De plus, le « travail posté impliquant des perturbations des rythmes circadiens » a été classé en 2007 par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) comme cancérigène probable pour l'être humain (groupe 2A).', Pr COSTA G., « Sommeil et rythme de travail, Actualités pathologiques sur le travail posté. », Notes de congrès INMA - INRS, 29 janvier 2010

¹⁵ FANTONI-QUINTON S., « L'évolution du temps de travail et les enjeux relatifs à la santé des salariés. », Droit social, N°4, Avril 2010

¹⁶ Ibid.

¹⁷ MASSON A., PÉPIN M., « Réduction du temps de travail et enjeux organisationnels », Travail et emploi, N°83, 2000, PP. 47-59

¹⁸ LÉGER D., RAFFRAY T., METLAINE A., « Travail posté : comment diminuer les conséquences sur l'organisme ? », La revue du praticien, Médecine générale, Tome 17, N°608 du 31 mars 2003

¹⁹ Pr COSTA G., « Sommeil et rythme de travail, Actualités pathologiques sur le travail posté. », Notes de congrès INMA - INRS, 29 janvier 2010

²⁰ Ibid.

- **une prise en compte des repas** (repas chauds pour les horaires de nuit)²¹, avec un endroit réservé à ceux-ci²²,
- **une information sur l'exposition à la lumière** pour une meilleure adaptation des rythmes biologiques et une amélioration des conditions environnementales comme la diminution du bruit²³.

Les entretiens menés ont mis également en lumière une attente des professionnels sur la mise à disposition des outils de travail adéquats. Ces derniers constituent un facteur concourant à une meilleure acceptation des contraintes liées aux horaires : des vêtements adaptés, notamment contre le froid pour les horaires de nuit ; des fauteuils confortables, pour limiter la fatigue physique.

4.1.2 Tendre vers une gestion appropriée et concertée des horaires

Une gestion appropriée et concertée des horaires doit être encouragée. Les médecins du travail rencontrés sont favorables à une succession maximale de 2 jours de 12h. Au-delà, la fatigue est fortement ressentie par les professionnels.

Par ailleurs, la concertation avec les professionnels sur l'organisation des horaires joue un rôle important. Les entretiens réalisés ont mis en évidence la nécessité d'une démarche fondée sur les principes suivants : **association des soignants aux réflexions sur les changements d'horaires, mise en adéquation des choix de l'établissement et des valeurs des soignants, appropriation des outils et du système par ces derniers, préparation du travail en 12h (transmissions, organisation des tâches), responsabilisation des équipes dans la mise en œuvre quotidienne**. Une telle démarche semble tout à fait **transposable à n'importe quel établissement**, indépendamment de la taille de celui-ci, si l'on s'appuie sur les équipes et leurs cadres. L'expérimentation, la mise en place de périodes d'essai, la réversibilité des choix semblent plus efficaces que l'imposition « *autoritaire* » d'un changement d'horaire.

L'idée-clef est de faire naître un équilibre entre réponses aux besoins des patients, intérêts de la structure et bénéfiques pour les agents – la qualité de la prise en charge devant cependant rester absolument prioritaire. Il faut « *vivre avec son temps* » et accepter le paradoxe qui veut que, pour une même décision, la manière dont elle a été prise conditionne davantage sa perception et son succès que son contenu.

- **Aménager les temps de repos**

Les conséquences sur le sommeil et la fatigue, tant physiques que psychologiques, impliquent d'aménager les temps de repos et de récupération. Le raccourcissement de la durée de sommeil,

²¹ LÉGER D., Op . cit.

²² Pr COSTA G., Op. cit.

²³ LÉGER D., Op. cit.

observé dans les études sur le travail posté²⁴, implique la constitution d'une dette chronique de sommeil. Sa récupération est un facteur important d'adaptation.²⁵

Parallèlement, les impacts sur la santé mentale des agents²⁶, « *tout du moins, les risques liés à la fatigue dite émotionnelle sont diminués si une semaine de repos complète peut être posée par les agents. L'augmentation du temps de vie hors travail améliorera, pour les agents de l'après-midi, la santé psychique en leur permettant de passer plus de temps de vie sociale et familiale. Ce décrochage est indispensable à la santé physique et mentale des agents.* »

Les entretiens menés auprès des médecins du travail ont confirmé ce constat : les temps de repos sont primordiaux pour permettre aux professionnels de supporter leurs horaires, qu'ils soient de nuit, postés ou longs. L'organisation du travail doit permettre des moments libres et en n'occupant pas l'intégralité du temps de travail par des occupations, mêmes annexes.

- **Assurer une information adaptée pour les professionnels concernés**

Des sessions d'information sur la qualité de l'hygiène de vie, en particulier sur la gestion du sommeil et les habitudes alimentaires (conseils en alimentation, endroit réservé aux repas)²⁷ comme sur la pratique des siestes à leur domicile (impact des siestes de 20 minutes et des siestes de 1h15 à 1h45)²⁸ peuvent conduire à limiter les effets des horaires atypiques et permettent une meilleure adaptabilité à ceux-ci.

- **Dépister les premiers signes de désadaptation**

Trois catégories de facteurs contribuent à l'adaptation ou à la désadaptation. Si l'un d'entre eux est perturbé, le travailleur devient intolérant au travail posté.²⁹ Ces facteurs sont chronobiologiques (les rythmes biologiques évoluent selon un mode circadien et sont synchronisés), relatifs au sommeil et domestiques (la tolérance au travail posté impose un environnement domestique favorable).³⁰

Le dépistage des premiers signes de désadaptation trouve donc son fondement dans les paramètres suivants : un âge supérieur à 50 ans, un travail domestique lourd, des antécédents de troubles du sommeil, des troubles du sommeil d'apparition précoce, les accidents du travail ou de la circulation.³¹

Dans un des établissements visités, le dépistage des signes de désadaptation aux horaires a été confié aux cadres de santé. On peut cependant s'interroger sur la pertinence de ce choix au regard des

²⁴ TEPAS DL., CARVALHAIS AB., « Sleep patterns of shiftworkers. », *Occup Health*, 1990, 5 : 199-208

²⁵ LÉGER D., Op. cit.

²⁶ ISAST Intervention Sociale et Alternatives en Santé au travail, « Rapport d'expertise CHSCT au sein des urgences de l'hôpital Beaujon », 4 décembre 2008

²⁷ Pr COSTA G., Op. cit.

²⁸ LÉGER D., Op. cit.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

responsabilités organisationnelles qui incombent à ces derniers. Une adaptation du suivi médical, en promouvant les visites à la demande, semble plus pertinente.

- **Améliorer le système de garde des enfants du personnel**

L'amélioration du système de garde des enfants du personnel peut permettre aux établissements de « *faciliter la vie quotidienne des agents, en contribuant à les décharger de certaines tâches de leur vie personnelle, pour les rendre ainsi plus disponibles sur leur lieu de travail, de valoriser l'image de l'hôpital, et d'attirer ainsi les talents tout en fidélisant les collaborateurs*³² ».

Deux leviers sont mobilisables : les crèches et le chèque emploi service universel. Concernant les crèches, il est possible d'agir sur le nombre de places et l'amplitude des horaires. Le chèque emploi service universel, plus facile à mettre en place, laisse aux agents une plus grande marge de choix (dans l'utilisation du CESU, dans le choix de la nourrice).

- **Limiter le nombre de rappels à domicile**

Selon un DRH rencontré, on ne mesure pas suffisamment l'impact que ces rappels ont sur la motivation et l'état de stress du personnel. Le rappel à domicile le matin pour venir assurer le poste d'un collègue de l'équipe d'après-midi afin d'assurer la continuité du service constitue un exemple marquant d'horaires atypiques, et une spécificité des secteurs hospitaliers et médico-sociaux.

L'absentéisme étant multifactoriel, il importe d'agir sur différents leviers.

Sur le volet préventif, cela passe par :

- un accompagnement plus individualisé des agents via le recrutement de psychologues du travail et d'ergonomes.
- la création, comme dans un établissement visité, d'une direction de la qualité de vie au travail rattachée au DRH. Sa mission principale est de faire baisser le taux d'absentéisme afin de réduire les rappels à domicile. En effet, moins d'absences génèrera mécaniquement moins de rappels et permettra de dégager plus de moyens pour gérer l'absentéisme résiduel.

Pour traiter l'absentéisme de courte durée, la mise en place d'horaires de remplacement dans les services constitue une piste d'action intéressante testée actuellement dans un établissement visité. Un agent sera, sur une semaine, dédié au remplacement au sein du pôle – ce qui évite les rappels à domicile. Il revient au cadre supérieur de santé de « *placer* » cet agent de remplacement dans l'unité fonctionnelle adéquate. Le financement de ce dispositif peut se faire de deux manières : par les marges de manœuvre dégagées par les actions préventives de baisse de l'absentéisme ; par une meilleure répartition des effectifs par pôle, qui nécessite au préalable une analyse fine.

Sa mise en œuvre passe également par une remise à plat des organisations et des plannings. Dans le contexte budgétaire difficile que connaissent aujourd'hui de nombreux établissements, la ligne de

³² Temps de travail et temps hors travail. La concordance des temps des personnels soignants à l'hôpital local de Lodève (34), LAGARDE R., mémoire directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, décembre 2009.

remplacement constitue certainement l'une des principales pistes à exploiter pour traiter l'absentéisme de courte durée. Néanmoins, cette préconisation nécessite de réinterroger les organisations en équipes pluriprofessionnelles au sein de chaque unité, afin de réduire la charge en soins (au moyen par exemple d'un travail sur la limitation du phénomène de sur-prescription), avant de redimensionner l'effectif journalier.

4.2 Refondre les outils de prévention et développer l'évaluation

S. FANTONI-QUINTON³³ indique que les outils de prévention ne sont plus adaptés car fondés sur « *l'indispensable quantification des risques via le paradigme des sciences exactes* » qui ne sont pas adaptés aux risques organisationnels. L'émergence des risques psychosociaux en matière de santé au travail a déjà mis en relief un changement nécessaire des outils de prévention. Cette évolution semble par ailleurs indispensable à la vue des résultats des entretiens qui montrent que le DUER ne prend pas suffisamment en compte les risques liés aux horaires atypiques. Il ne semble remplir ni son rôle de diagnostic ni celui de prévention. Par ailleurs, le CHSCT ne semble pas systématiquement associé, ni consulté lors des introductions des horaires en 12h.

Enfin, l'évaluation de l'impact des changements d'horaires est encore rare. Un des deux médecins du travail interrogés indique qu'il faudrait prévoir une évaluation systématique à moyen et long terme du travail en 12h. Cela passe en premier lieu par la définition d'indicateurs de suivi, qui pourraient être : la qualité des soins - à travers le nombre d'événements indésirables déclarés notamment ; le taux d'absentéisme ; le turn-over.

4.3 Inscrire dans la durée la gestion des ressources humaines

Dès 1996, l'ANACT faisait le constat de la « *mutation permanente de l'organisation du temps de travail sous la pression des évolutions commerciales, technologiques et réglementaires, ce qui pose la question des moyens d'adaptation de chacun.* »³⁴ Les professionnels ne sont pas égaux face aux facteurs de désadaptation présentés précédemment. L'âge, le sexe, la situation familiale sont autant de facteurs à prendre en compte dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La gestion des ressources humaines doit donc être à la fois anticipatrice et réactive, en proposant des solutions aux professionnels concernés³⁵ : des possibilités de retour au travail de jour après un certain nombre d'années de travail de nuit, une retraite graduelle ou précoce pour les travailleurs postés.

Or il ressort des entretiens réalisés que les horaires de travail sont souvent utilisés comme une réponse à un problème de court terme ; agir sur un tel levier nécessite cependant de s'interroger sur ses conséquences à long terme.

³³ FANTONI-QUINTON S., Op. cit.

³⁴ PÉPIN M., Op. cit.

³⁵ Pr COSTA G., Op. cit.

Dans une note sur l'organisation temporelle atypique du travail et la gestion des risques professionnels, l'INRS³⁶, invitant les institutions à « *inscrire dans la durée la gestion des ressources humaines* », formule les préconisations suivantes :

- « *Évaluer régulièrement les difficultés ressenties par les salariés à travailler en horaires atypiques.* »
- « *Faciliter la mobilité des salariés entre différentes configurations temporelles en prenant en compte, autant que possible, les aspirations professionnelles et personnelles des salariés.* »
C'est le cas dans un des établissements visités où les agents choisissent de travailler en 7h30 ou en 12h et peuvent revenir sur leur choix.
- « *Intégrer les parcours professionnels et les risques associés des salariés vieillissants comme facteur de décision en faveur ou non de la poursuite d'activité professionnelle en horaires atypiques.* »

En effet, si aucun modèle de GPMC n'est applicable uniformément puisqu'il dépend de variables démographiques, culturelles et économiques, le déploiement d'un tel processus doit tenir compte de ce que l'on pourrait appeler « *le cycle professionnel de l'infirmière* ». « *Soucieuses de faire leurs preuves en début de carrière, elles cherchent à capitaliser des expériences formatrices et privilégient le contenu – en particulier la technicité du travail – à la qualité des horaires et au confort de travail avant de s'orienter vers des services à dimension relationnelle plus forte*³⁷. » « *Puis, au fil de la carrière, avec l'arrivée des enfants et les débuts de l'usure professionnelle, cet enjeu évolue : la dimension « qualité des horaires » de la situation de travail prend une place croissante dans les préoccupations, les projets et les pratiques de mobilité. En fin de carrière il s'agit moins de capitaliser des expériences formatrices que de trouver une situation de travail moins usante*³⁸. » On observe ainsi un accroissement du temps partiel choisi jusqu'à l'âge de 40-45 ans puis une recherche d'horaires de journées avec repos fixe.

Ces remarques invitent à préconiser le libre choix des horaires et la réversibilité du choix. La généralisation du passage en 12h dans tous les services d'un établissement ne semble pas pertinente : le volet attractivité (court terme) se heurterait alors au long terme. La généralisation des 12h annihilerait *de facto* la réversibilité du choix des soignants dont on a pu souligner l'importance dans l'acceptation des changements d'horaires.

Le développement des hôpitaux de jour, de la chirurgie ambulatoire (fermés la nuit et le week-end) et des hôpitaux de semaine (fermés le week-end), s'ils entraîneront une baisse mécanique des horaires atypiques, ne les fera pas disparaître pour autant et ne dispensera donc pas les établissements d'une réflexion à long terme promue ici.

³⁶ ROUSSEAU C., Organisation temporelle atypique du travail et gestion des risques professionnels, INRS, note scientifique et technique n°261, juillet 2006.

³⁷ Ceci explique que plus de 20% des infirmières ont moins de 30 ans dans les services d'urgences, de réanimation et de gynécologie, là où plus de 25% des infirmières ont plus de 50 ans dans les services généraux, en gériatrie et en psychiatrie. Source : exploitation par BOUFFARTIGUE et BOUTEILLER de l'enquête nationale de la DREES « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » réalisée en 2003.

³⁸ BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. Temporalités, 4 2006.

Conclusion

Notre étude menée sur la flexibilité des horaires et ses répercussions dans la vie quotidienne des personnels soignants et des éducateurs **ne permet pas de dégager un modèle idéal de référence**. En effet, l'importance donnée dans les différents établissements à la **participation** aux décisions et aux **principes d'équité et d'équilibre** entre les services et les individus constitue un élément fondamental qui **permet de conclure** à l'absence de **solution unique** tant les paramètres sont variables selon les situations des acteurs.

Cette étude met donc en cause l'idée d'un modèle idéal de référence qui mène à des inepties. Elle dévoile une multiplicité d'attentes et de comportements face à une réalité partagée. Elle invite alors à réfléchir à des **solutions contextualisées** et propose des **grilles d'analyse** des situations via la **typologie des agents**.

Pour l'ensemble des décideurs concernés par la mise en place d'horaires atypiques nécessaires à la continuité du service, l'objectif à atteindre doit prendre en compte un ensemble de données constituées à la fois de **contraintes institutionnelles**, d'**obligations envers les usagers** et de réponses aux **attentes sociales du personnel**. La conjonction de ces trois parties aux logiques à la fois convergentes et divergentes doit aboutir à un équilibre qu'il convient de maintenir et de préserver à travers des compromis des différentes parties.

La multitude de situations analysées est la **traduction de facteurs subjectifs** qui sont le produit de constructions sociales, ou tout au moins d'une histoire sociale que l'on peut alors déconstruire. Cette subjectivité vient s'agréger dans un **cadre collectif** en s'efforçant de trouver un **équilibre** entre les intérêts personnels, institutionnels et ceux des usagers. S'il est difficile de trouver une solution accommodante pour tout le monde, la décision repose le plus souvent sur une série de concessions et de compromis qui peuvent être parfois remis en cause au bénéfice de la souplesse du système et qui donnent souvent lieu à des arrangements informels entre collègues dans la vie quotidienne (modification du planning selon le mode de l'autorégulation du personnel).

Par ailleurs, il a été symptomatique de constater que la question de l'adaptation aux horaires atypiques rejoint la **problématique** plus générale de l'**adaptation au changement** dans les organisations. Effectivement, après avoir décrit une difficulté à changer de système horaire malgré leur volontarisme et intérêt, les personnels concernés ont souvent conclu qu'ils s'accommodaient bien à présent de leur nouveau rythme et ne souhaitaient pas revenir à l'ancien. Cette situation doit être prise en compte en terme de management puisqu'une adaptation est toujours nécessaire aux individus face à un changement et que celle-ci prend généralement du temps, que la décision ait été prise ou non sur un **mode participatif**. Les restructurations récentes dans le monde hospitalier ont conduit aussi les personnels à une **réaction de méfiance**, voire de **défiance** par rapport aux projets

présentés. Le ressort participatif doit donc toujours être encouragé dans un contexte économique et social en mouvance.

Dès lors, **deux interrogations majeures** persistent dans cette étude.

La première concerne la **soutenabilité de ce système** où le volume horaire tend à s'accroître. La question de la fatigue et du stress engendrés par ces conditions de travail est récurrente. L'absence d'intérêt pour ces aspects dans les établissements accaparés par la gestion du quotidien est un point préoccupant sur le long terme. Cette situation est d'ailleurs paradoxale avec le souci d'obtenir un consensus avant la mise en œuvre de décisions dont l'impact sur la vie des agents est important. Ainsi, si des études ont pu parfois être menées sur l'impact à court terme (gestion des ressources humaines, garantie des remplacements, création de crèches), il est patent de constater l'absence de prise en compte de la **capacité des personnels à endurer le nouveau système horaire sur le long terme**. Cette question se pose d'ailleurs avec acuité en ce qui concerne le **rythme des 12h**. Contrairement à ce que prévoit la réglementation, ces personnels n'avaient pas bénéficié d'une visite chez le **médecin du travail** depuis plus d'un an, sans que par ailleurs celui-ci n'ait été consulté dans la mise en place des horaires. De plus, conjugué à une profession majoritairement féminine et à un contexte économique et social défavorable, le risque d'une **rupture du système** n'est **pas à exclure** si des limites sérieuses ne sont pas apportées à d'éventuelles dérives. Les attentes des différents acteurs doivent également être entendues.

La seconde concerne un des piliers sur lequel le système repose : les **valeurs du métier**. La conscience professionnelle des acteurs est telle qu'elle dépasse le cadre rigide du temps de travail. La solidarité entre les équipes et le désir de servir au mieux l'utilisateur conduisent les personnels à s'investir au-delà du temps réglementaire. Pour autant, selon les plus anciens dans le métier, la recrudescence des horaires atypiques tend à dévoyer ce fondement. Il s'agit donc de **pouvoir maintenir cette flexibilité sans remettre en cause les valeurs profondes** de ces métiers. En effet, par le rythme qu'elles imposent et la rigidité qu'elles peuvent générer (pointage, dépassements d'horaires, rappels à domicile), la mise en œuvre des 35h, la réduction des effectifs et les contraintes budgétaires, aboutissent à une remise en question des valeurs du métier. **La disponibilité, la polyvalence, la compétence, le souci du facteur humain, le dévouement, le courage, la bonne humeur** et tout simplement **l'hospitalité** sont aujourd'hui **menacés** par l'évolution de la société.

La question se pose de trouver l'équilibre entre les exigences d'aujourd'hui et la pérennisation de ces valeurs.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

<http://www.legifrance.gouv.fr/> voir en annexe pour les textes sélectionnés

Ouvrages

BEAUD Stéphane, troisième trimestre 1996, « *L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique»* », Politix. Vol. 9, N°35. pp. 226-257.

GADBOIS Charles, 2004/1, « *les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens* » | Le travail humain, P.U.F. - Vol. 67 pages 63 à 85 ISSN 0041-1868), partie disponible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2004-1-page-63.htm>, disponible en format PDF.

Articles

BARTHE Béatrice ; 10/2009, « *les 2X 12 heures : une solution au conflit de temporalités du travail en poste ?* », *Temporalités* (en ligne), mis en ligne le 30 novembre 2009, URL ; <http://temporalités.revues.org/index1137.html>

BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J., avril 2006, « *Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières.* » *Temporalités*, revue en ligne : <http://temporalites.revues.org/index334.html>

BRUNELLE Y., 2009, *Magnets hospitals : a hospital with good working and care conditions*, *Prat Organ Soins*,; 40(1) pp 39-48, disponible en ligne : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/pratiques-et-organisation-des-soins-2009-n-1/les-hopitaux-magnetiques.php>

COSTA G., 29 Janvier 2010, « *Sommeil et rythme de travail, Actualités pathologiques sur le travail posté.* », Notes de congrès INMA – INRS, en ligne : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TD%20168/\\$File/TD168.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TD%20168/$File/TD168.pdf)

ESCUDIE, O., GADBOIS, C., GIUJUZZA, C., MICHEL, A., SAUREL, D., 1998, « *Équipe en 12 heures à l'hôpital : Analyse d'une réponse locale aux exigences de la tâche dans une unité de réanimation* », in rapport d'expertise CHSCT Beaujon, en ligne : http://www.syndicat-infirmier.com/IMG/pdf/901_W_12h_rapport_d_expertise_chsct_Beaujon.pdf

FANTONI-QUINTON S., Avril 2010, « *L'évolution du temps de travail et les enjeux relatifs à la santé des salariés.* », Droit social, N°4

LÉGER D., RAFFRAY T., METLAINE A., 31 mars 2003, « *Travail posté : comment diminuer les conséquences sur l'organisme ?* », La revue du praticien, Médecine générale, Tome 17, N°608

MASSON A., PÉPIN M., 2000, « *Réduction du temps de travail et enjeux organisationnels* », Travail et emploi, N°83, PP. 47-59

PÉPIN M., 1996, « *Évaluation des accords d'aménagement-réduction du temps de travail* », Cahiers de l'ANACT, en ligne : http://pmb.cereq.fr/index.php?lvl=author_see&id=988

ROGERS A E, W T HWANG, L D SCOTT, L AIKEN, D F DINGES, 2004, « *The working hours of hospital staff nurses and patient safety* », Health Affairs, 23, n°4, disponible en ligne http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS112_Nurse_Fatigue_2010_f.df

ROUSSEAU C., juillet 2006, « *Organisation temporelle atypique du travail et gestion des risques professionnels* », INRS, note scientifique et technique n°261, en ligne : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ns%20261/\\$file/ns261.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ns%20261/$file/ns261.pdf)

SAKAI, K., KOGI, K., WATANABE, A., ONISHI, N., & SHINDO, H., 1982, “*Location and time-budgets working consecutive nightshifts*”. In K. KOGI, T. MIURIA, & H. SAITO (Eds.), Shiftwork: its practice and improvement (pp. 417-428). Tokyo : Center for academic publications

TEPAS DL., CARVALHAIS AB., 1990 « *Sleep patterns of shiftworkers.* », Occup Health, 5: 199-208

Rapports et guides

ISAST Intervention Sociale et Alternatives en Santé au travail, 4 décembre 2008, « *Rapport d'expertise CHSCT au sein des urgences de l'hôpital Beaujon* », http://www.syndicat-infirmier.com/IMG/pdf/901_W_12h_rapport_d_expertise_chsct_Beaujon.pdf

« *Guide de bonnes pratiques organisationnelles dans la gestion du temps de travail des soignants* », février 2009, ANAP, <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/gestion-du-temps-de-travail-des-soignants-guide-de-bonnes-pratiques-organisationnelles/>

Thèses et mémoires

LAGARDE R., décembre 2009, « *Temps de travail et temps hors travail. La concordance des temps des personnels soignants à l'hôpital local de Lodève (34)* », mémoire directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, presses EHESP.

Enquêtes et dossiers

Enquête COI-H auprès des salariés, 2006, DREES, DARES, CEE, en ligne : http://www.enquetecoi.net/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=119

Dossiers INRS 2008, « *Horaires atypiques de travail* », point des connaissances sur...ed5023, en ligne http://www.inrs.fr/hm/horaires_atypiques_de_travail.html

Enquête INSEE-DARES 1998, « *Conditions de travail* »

Enquête INSEE-DARES 2005, « *Conditions de travail* », en ligne www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2009.05-22.2.pdf

Enquête nationale de la DREES 2003, « *conditions et organisation du travail dans les établissements de santé* », en ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat102.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'analyse

Annexe 2 : Guides d'entretien

Annexe 3 : Articles du Code du Travail régissant la durée quotidienne et hebdomadaire du travail

Annexe 4 : Synthèse de la réglementation sur le travail en 12h

Annexe 5 : Le financement du système français de protection sociale

Annexe 1 : Grille d'analyse

		Code établissement	
		Numéro Entretien	
A	Profil de l'interviewé		
	Âge		
	Sexe		
	Fonction		
	Service		
	Horaire		
	Ancienneté dans le poste		
	Ancienneté dans le métier		
	Ancienneté dans le service		
	Ancienneté dans l'horaire		
B	Type d'établissement		
	Nombre de lits		
	Nombre d'agents		
	Région		
	Horaires	type	
		depuis combien de temps	
		proportion	
C	Points principaux des accords locaux	économique	
		démographique	
		géographique	
		attractivité	
		études préalables - sondages	
		bilans	
	Modalités de mise en œuvre des horaires ? Argumentaires, compensation, vote...	demande des équipes	
		Auprès des soignants Imposé aux soignants? O/N Auprès des syndicats	
D	Possibilité de changer d'horaire ?		
	Difficulté à gérer des horaires atypiques?		
	Perception d'un accroissement des horaires atypiques ?		
E	Ressenti sur l'organisation des horaires		
F	Bénéfices du système mis en place	Financier	
		Gestion des ressources humaines	
		Absentéisme	
		Climat social	
		Organisation du travail	
G	Inconvénients du système mis en place	Financier	
		Gestion des ressources humaines	
		Absentéisme	
		Pénibilité	
		Climat social	
	Organisation du travail		
	Réponses apportées aux difficultés rencontrées		

H	Impact	sur le contenu du travail	
		organisation dans la journée des tâches	
		rapidité des tâches - intensité	
		rapport entre collègues	
		prise en charge patients - qualité	
		transmissions	
		travail avec les autres soignants	
		sur les accidents de travail	
		sur les événements indésirables	
		sur la fatigue	
		sur la pénibilité	
		sur l'état de santé des soignants	
		sur la conciliation vie professionnelle-vie familiale	
		enfants	
		conjoint	
		amis	
loisirs			
intendance			
I	Prospective	Ressenti pour l'avenir	
		Attentes	
		Propositions	
		GPEC - GPMC	
J	Représentations du travail		

Annexe 2 : Guides d'entretien

1 - Guide d'entretien DS – DRH

2 - Guide d'entretien Syndicat – Membre CTE

3 – Guide d'entretien Personnel soignant

4 – Guide d'entretien Médecin du travail

Grille d'entretien DS/DRH

Profil de l'interviewé : Âge, sexe, fonction, service, ancienneté dans le poste, dans le métier (A)

Présentation établissement ; nombre de lits, nombre d'agents (B)

Comment est géré le temps de travail (accords locaux) ? Quels types d'horaires ont été instaurés ?

Pourquoi ce choix (études, expériences extérieures, sondage, bilans)? Bref historique. (C)

Lister les horaires, répartition, quels services ?, quelles catégories professionnelles ?, quelle proportion ? (B)

Possibilité de changer d'horaires ? Y a t il des demandes ? Si oui, corrélé à quoi (âge, situation familiale) ? (D)

Si horaires 12h ou autres, qu'est-ce qui a motivé le choix ? (économique, attractivité recrutement, démographie - contexte géographique, ressources humaines - demande de l'équipe ?) (C)

Est-ce différent aujourd'hui de gérer du personnel aux horaires atypiques (GRH, gestion technique) ?

Pourquoi, en quoi ? (D)

Percevez-vous un accroissement des horaires atypiques ? Pourquoi ? (D)

Comment les horaires ont-ils été mis en place ? Argumentaire déployé auprès des soignants, éventuelles modalités de compensation ? Concertation avec les syndicats, vote éventuel, teneur de l'avis du CTE ? (C)

Bénéfices et inconvénients du système en place ? En termes financiers, GRH (climat social, économies en personnel) et organisation du travail (coordination avec les médecins). Impact sur l'absentéisme ? quels chiffres/indicateurs ? (F-G)

Si difficultés exprimées par le personnel, quelles réponses apportées ? (G)

Impacts sur le contenu de travail :? (H)

- la répartition du travail sur la journée a-t-elle été revue (exemple : report des tâches secondaires sur les 11e et 12^e heures ou, sur les 9^e et 10^e heures pour les agents de nuit dans les services en 3 postes)
- rapidité des tâches - intensité du travail
- rapport entre collègues
- prise en charge patient - qualité
- transmissions
- travail avec les autres professionnels (ASH, médecins, AS, éducateurs...)

Impacts en termes d'accidents du travail, de fatigue, de pénibilité et état de santé (volet soignant) et événements indésirables (volet patient) ? Fiabilité qualité sécurité des soins.

Recrudescence du nombre de déclarations d'évènements indésirables et d'accidents bénins/accidents du travail ? quelle évaluation/retour ? (H)

Avez-vous organisé un suivi médical spécifique pour ces soignants ?

Quelle(s) action(s) de prévention vous paraîtra(en)t utile(s) ou avez-vous mise en place pour ces soignants ? (Information(s) collective(s) d'éducation à la santé au travail...)

Pensez-vous que les horaires mis en place ont un impact sur la conciliation vie privée vie familiale ?

(H)

Quel est l'impact en terme de GPMC ? (I) - Quel est l'impact à long terme ? (I)

Comment envisagez-vous l'avenir ? (I) - Evolution de la représentation du travail à évaluer ? (J)

Grille d'entretien Syndicat ou Membre CTE

Présentation de l'interlocuteur (A)	<p>Quel syndicat ? Quel parcours professionnel ? (âge, sexe) ? Ancienneté dans l'établissement</p>
Description des horaires pratiqués dans l'établissement (B) <i>(sur quoi l'interlocuteur insiste particulièrement ?)</i>	<p>Quels horaires atypiques ? 7-7-10 ? 2-12 ? Week-End ? Depuis combien de temps ? A quelle proportion ? Pour quels services ? Pour quelles catégories de professionnels ?</p>
Procédure qui a mené à l'adoption des horaires (C)	<p>Concertation ? Consultation ? Participation ? Négociation ? Quel compromis ? à l'initiative de qui/accepté et refusé par qui ? Quels arguments ? Questions orientées à éviter si possible : Y a-t-il eu des heurts ? entre quels acteurs ?</p>
Mise en place des horaires après leur adoption (C)	<p>Qui met en place ? Comment, avec qui ? s'est-on basé sur des études ? expériences extérieures ? pratique de bilans ? sondages ?</p>
Remarques sur la vie quotidienne avec ce type d'horaires Problématiques émergentes depuis leur mise en œuvre (F-G)	<p>Comment mise en place de tel horaire impacte</p> <ul style="list-style-type: none"> • les pratiques professionnelles ? • les représentations que les agents se font de leur travail ? (J) • la vie personnelle des agents ? <p>avis sur l'équilibre risque/bénéfices à l'heure actuelle ? Questions orientées à éviter si possible : Certains agents ont-ils eu des difficultés d'adaptation depuis ? Quelles sont-elles ? Quelles réponses apportées ?</p>
Approche prospective : changements éventuels à effectuer et leurs orientations (I) Avenir de l'organisation du travail sur la question des horaires	<p>Organisation actuelle génère-t-elle des difficultés ? lesquelles ? quelles préconisations ? Faut-il mettre en place quelque chose de nouveau ? Maintenir le dispositif existant ? (rapport risques/bénéfices à l'avenir) Le Renforcer ? L'abandonner ? le recentrer sur d'autres secteurs ?</p>
Approche globale (I) Rapport au sens des métiers Rapport à l'utilisateur	<p>Ces organisations horaires sont-elles adaptées à la mission de service public ? Quel impact sur les usagers ?</p>

Grille entretien personnel soignant

Profil du soignant (A)

Age - Sexe / Fonction / Service - Horaire

Ancienneté dans le poste - Ancienneté dans le métier

Trajectoire biographique

Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? (A)

Depuis combien de temps travaillez-vous avec ce type d'horaire ? (A)

Comment ces horaires ont été mis en place ? Avez-vous participé à cette mise en place, ou était-ce déjà en place quand vous avez pris votre poste. Cela vous a-t-il été imposé ? (C)

Qu'est-ce que vous en pensez, quel est votre sentiment ? (E)

Avez-vous la possibilité de changer d'horaire ? Conséquences (D)

Y a-t-il eu un changement à la mise en place de ces horaires dans votre vie professionnelle ? Cela a-t-il changé votre manière de travailler ? (H)

- organisation dans la journée des tâches, rapidité des tâches,
- rapport entre les collègues, ambiance dans l'équipe,
- prise en charge des malades, qualité des soins
- transmissions - communication entre équipes
- travail avec les autres professionnels (ASH, médecins, AS, éducateurs...)
- accidents du travail, événements indésirables

Voir ce qu'ils abordent en premier, ce qui est plus important ou le plus marquant pour eux.

Pénibilité du travail (E-F-G)

Si vous deviez me donner un avantage et un inconvénient les plus importants pour vous liés à ce type d'organisation ? Et si vous pouviez en voir d'autres ?

Si des difficultés ont été rencontrées, quelles réponses ont été apportées ?

Vie personnelle (H)

On vient de voir l'impact sur votre vie professionnelle de ce type d'horaire, pourriez-vous me parler de la façon dont vous vous organisez dans votre vie personnelle ?

- enfants : garde, scolarité, suivi médical
- conjoint : partage des tâches, ressenti du conjoint.
- Amis ; activités en dehors de cet emploi : hobbies,
- intendance

Santé : (conséquences sur le sommeil ...)

Point de vue personnel

Quel sentiment (quel est votre point de vue) vous avez sur cette situation ? (E)

Compte tenu de ce bilan comment vous envisagez l'avenir ? (I)

Que changeriez-vous pour améliorer les conditions de travail ? (I)

Représentation du travail (J) : A préciser par la personne ou à évaluer au cours de l'entretien

Grille Médecin du travail

Contexte de l'établissement

Nombre de personnels pris en charge dans l'établissement par le MT ?

Temps de travail du médecin du travail dans l'établissement ? Depuis combien d'années ?

Avez-vous été sollicité avant la mise en place de l'organisation des horaires du personnel soignant ?

Quel avis avez-vous porté sur ces horaires du point de **vue médical** ? Sur quelle base(s) scientifique(s), auriez des articles scientifiques à nous conseiller ?

Avez-vous fait des préconisations, ont-elles été prises en compte ?

Depuis la mise en place des nouveaux horaires

Observez vous une différence de l'état de santé des soignants ?

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de « visites médicales à la demande » par les personnes concernées par cette situation ?

D'après ce que vous ont rapporté les soignants en visite médicale, avez-vous constaté une augmentation des plaintes des soignants relatives à la mise en place de ces horaires : fatigue, irritabilité, prise de poids, troubles du sommeil... ?

Avez-vous observé des effets immédiats sur la santé des soignants ? (Augmentation du stress, des tensions dans les équipes...)

D'après vos observations en consultation diriez-vous que ces nouveaux horaires sont supportés différemment en fonction de l'âge des soignants ?

Avez-vous observé des critères individuels qui font que ces horaires sont plus ou moins bien supportés ?

Quelle(s) pathologie(s) (d'après vous) contre-indique(ent) ce type d'organisation horaire ?

Avez-vous dû déclarer inapte des soignants à ces postes ? Si oui pour quelle(s) raison(s) (médicale(s)) ?

Suivi médical des salariés

Avez-vous organisé un suivi médical spécifique pour ces soignants ?

Quelles préconisations feriez-vous pour préserver la santé de ces soignants ? par service, par CSP, par critères individuel ? Connaissez vous des travaux notamment sur des préconisations d'autres confrères ?

Quelle(s) action(s) de prévention vous paraîtrait (en)t utile(s) ou avez-vous mise en place pour ces soignants ? (Information(s) collective(s) d'éducation à la santé au travail...)

Que pensez vous des effets possibles à long terme de ce type d'horaires ?

Annexe 3 : Articles du Code du Travail régissant la durée quotidienne et hebdomadaire du travail

La durée quotidienne du travail

L'article L. 3121-34 du Code du Travail prévoit que « *la durée quotidienne du travail effectif par salarié ne peut excéder dix heures, sauf dérogations accordées dans des conditions déterminées par décret* ».

L'article D. 3121-19 du Code du Travail précise qu' « *une convention ou un accord collectif de travail étendu ou un accord collectif d'entreprise ou d'établissement peut prévoir le dépassement de la durée maximale quotidienne de travail à condition que ce dépassement n'ait pas pour effet de porter cette durée à plus de douze heures.* »

L'article D. 3121-15 du Code du Travail autorise le dépassement de la durée quotidienne maximale du travail effectif dans le cas où un surcroît temporaire d'activité est imposé.

L'article D. 3121-16 mentionne que l'inspecteur du travail se prononce sur la dérogation au vu de la demande motivée de l'employeur et de l'avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel.

La durée hebdomadaire du travail

La durée légale du travail effectif des salariés est fixée à trente-cinq heures par semaine civile selon l'article L. 3121-10 du Code du Travail (anciennement Art. L. 212-1).

L'article L. 3122-9 du Code du Travail (anciennement L. 212-8) précise qu' « *une convention ou un accord collectif de travail étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut prévoir que la durée hebdomadaire du travail peut varier sur tout ou partie de l'année à condition que, sur un an, cette durée n'excède par un plafond de 1 607 heures.* ».

L'article L. 3121-36 du Code du Travail (anciennement L. 212-7) indique les limitations suivantes : « *La durée hebdomadaire de travail calculée sur une période quelconque de douze semaines consécutives ne peut dépasser quarante-quatre heures. Un décret pris après conclusion d'une convention ou d'un accord collectif de branche peut prévoir que cette durée hebdomadaire calculée sur une période de douze semaines consécutives ne peut dépasser quarante-six heures.* » Ce même

article précise qu' « à titre exceptionnel dans certains secteurs, dans certaines régions ou dans certaines entreprises, des dérogations applicables à des périodes déterminées peuvent être apportées à la limite de quarante-six heures. »

L'article R. 3121-21 du Code du Travail (anciennement R. 212-5) précise que « les dérogations à la durée maximale hebdomadaire prévues au second alinéa de l'article L. 3121-35 et au troisième alinéa de l'article L. 3121-36 ne peuvent être accordées que pour une durée expressément fixée par l'autorité compétente. »

Il y a donc, sauf dérogations prévues par les articles L. 3121-52, L. 3121-53 et L. 3122-47 (anciennement L. 212-2), une double limitation : 46 heures sur une semaine et 44 heures sur une période de 12 semaines consécutives.

L'article L. 3121-52 du Code du Travail (anciennement L. 212-2) indique les modalités de dérogation à la durée hebdomadaire maximum du travail : « Des décrets en Conseil d'État déterminent les modalités d'application des articles L. 3121-5, L. 3121-10 et L. 3121-34 pour l'ensemble des branches d'activité ou des professions ou pour une branche ou une profession particulière. »

L'article L. 3122-47 du Code du Travail (anciennement L. 212-2) indique qu' « il peut être dérogé par convention ou accord collectif de travail étendu ou par convention ou accord d'entreprise ou d'établissement aux dispositions des décrets mentionnés à l'article L. 3121-52 relatives à l'aménagement et à la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine ; aux périodes de repos ; et aux modalités de récupération des heures de travail perdues lorsque la loi permet cette récupération. En cas de dénonciation ou de non renouvellement de ces conventions ou accords collectifs, les dispositions de ces décrets auxquelles il avait été dérogé redeviennent applicables. »

Annexe 4 : Synthèse de la réglementation sur le travail en 12h

La loi prévoit une durée quotidienne de travail 10h. Le travail en 12h ne peut être autorisé qu'en cas d'accord de branche ou sur demande faite à l'inspection du travail. Il s'agit d'une mesure exceptionnelle, également dans le secteur hospitalier.

La durée hebdomadaire maximum est de 44h par semaine. La règle repose sur une durée quotidienne du travail qui ne peut excéder 9h pour les équipes de jour, et 10h pour les équipes de nuit. Le travail en 12h organisé selon une alternance de 5 jours puis 2 jours travaillés au cours de la semaine (permettant une semaine de repos complète) déroge doublement à la règle légale en matière de temps de travail. En effet, elle dépasse à la fois la durée quotidienne ainsi que la durée hebdomadaire de travail.

L'exception des 12h peut être accordée pour les établissements de santé que « *lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence* ». Ces contraintes doivent être établies au cours d'instances comme le comité technique d'établissement ou le comité technique paritaire. Suite à ces avis, le chef d'établissement peut déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée ne puisse dépasser 12h.

Ces projets d'organisation ne sont pas toujours présentés dans les instances. De plus, les partenaires sociaux dans les établissements enquêtés sont, en général peu favorables à ces dérogations. Ils votent contre ou s'abstiennent. Pour cela, ils s'appuient sur la réglementation et mettent en avant la protection de la santé des personnels.

La prise en compte des changements de rythme et d'organisation de travail doit figurer dans le document unique ou tout du moins prévoir une étude des impacts. Le médecin du travail est un acteur qui doit aussi être impliqué dans tout projet modifiant les conditions de travail.

Annexe 5 : Le financement du système français de protection sociale

Ce financement est organisé depuis la révision constitutionnelle du 22 février 1996 par une Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), votée annuellement par le Parlement, qui fixe notamment un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) autour duquel s'articule ledit financement.

Par cet acte juridique, le Parlement se prononce sur des prévisions de recettes et de dépenses représentant des masses financières supérieures à celles du budget de l'Etat. Le contenu et la structure de ces LFSS font l'objet d'une loi organique, dont la dernière version date du 2 août 2005.

Au-delà de l'aspect démocratique, l'objectif de cette reprise en main par le Parlement d'un financement jusque-là géré par les partenaires sociaux est de moderniser le pilotage financier de la Sécurité sociale, en lui faisant gagner en lisibilité et en crédibilité.

La LFSS 2011 prévoit ainsi un ONDAM total de 167,1 milliards d'euros, en augmentation de 2,9% par rapport à la prévision d'exécution pour 2010. Cela représente un ONDAM hospitalier de 72,9 milliards d'euros (croissance de 2,8% par rapport à 2010) et un ONDAM médico-social de 15,8 milliards d'euros (en augmentation de 3,8%).

De fait, à l'image l'esprit qui prévaut pour les finances publiques nationales depuis la promulgation de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) le 1^{er} août 2001, la tendance actuelle au sein des finances sociales est à la rationalisation de la dépense et à la maîtrise des coûts. Il s'agit donc d'une contrainte lourde pour les établissements relevant de ce système, qui doivent intégrer cette logique et la répercuter, entre autres, dans la gestion de leurs ressources humaines.